

اللاتهذيب وعلاقته بالرفاهية النفسية لدى الممرضين والمرضات

أ.م.د. أنوار محمد عيدان يونس
الجامعة المستنصرية / كلية الآداب
قسم / علم النفس

**Incivility and its relation to the psychological well
being among nurses**

Anwaar Muhammad Eidan Yunus

Dr.Anwaar@uomustansiriyah.edu.iq

والعلاقة الارتباطية بين متغيري الدراسة وتوصلت الدراسة إلى إن الممرضين والمرضات في المستشفيات العراقية يواجهون الاتهذيب سواء يتفاعلهم مع الأطباء أو المشرفين عليهم أو العاملين أو الممرضين الآخرين أو من المرضى وذويهم وهم لا يتمتعون بالرفاهية النفسية وهناك علاقة ارتباطية بين الاتهذيب والرفاهية النفسية لدى الممرضين الكلمات المفتاحية الاتهذيب الرفاهية النفسي

The present study aims at:

Identifying incivility in female and male nurses. Recognizing the psychological well-being in female and male nurses. Identifying the interrelationship between Variable Nurses of both genders in Iraqi hospital suffer of incivility. Female and male Iraqi nurses don't have psychological well being. There is a strong interaction between incivility and the psychological well being **Incivility Psychological well being**

مشكلة البحث:

ازداد انتشار الفوضى في مكان العمل في سياقات مختلفة من المنظمات وخاصة في العقد الأخير، وإشارات التقديرات في الولايات المتحدة أن ٩٨٪ من العمال يعانون من اللاتهابية incivility ونجد واضحاً من حجم، وتُقدّر التكلفة النقدية لأضرار اللاتهابية بحوالي ١٤٠٠٠ ألف دولار لكل موظف سنوياً بسبب التأخير في المشاريع والالهاء المعرفي عن العمل، الانسحاب من العمل، ووجد Pearson and Porath أن الموظفين الذين يواجهون سلوكاً غير مدني في مكان العمل سيترددون عمداً عن العمل الجاد وبالتالي يصبحون أقل فاعلية ويحتمل أن يعطّلوا أداء الفريق بأكمله (Handoy, et.al 2081) وأن مهنة التمريض من المهن التي تتفخر برعاية الأفراد المرضى ولها دور كبير وإيجابي في ذلك فدورها مكمل لدور الطبيب ومهم في دورة العلاج، وتحمل هذه المهنة مشاكل ومداخلات مع قضايا كحال المهن الأخرى، فهي تواجه انتهاك نفسي وعدم تعاون والفضاضة و اللاتهابية سواء من ظروف التعامل مع المريض أو ذويه أو الجهات الإدارية والوظيفية أو بيئة العمل والتجهيزات الطبية (Lim & Bernstein, 2014, Pocker 2012) وقد تمّ تحديد اللاتهابية كونه مجموعة سلوكيات منحرفة غامضة وغير محددة وغير متمدنة ناتجة عن جهل أو عدم دراية أو استهتار تؤدي الى انتهاك لقواعد العمل والاحترام المتبادل بين الأفراد العاملين وتظهر من خلال عدة تسميات، تسمى التمر، أو العنف، أو سلوكيات المهاجمة، والنميمة أو الفضاضة و اللاتهابية في مكان العمل (Shim, 2010, 7) (Andérsson& Pearson, 1999, p.4,6) وقد أقرّت منظمة الممرضات الأمريكية (ANA) بأن جميع العاملين في مجال التمريض لديهم الحق في العمل في مكان خالٍ من التمر والعنف والترهيب والتهديد والتجاوز وذلك لضمان الثبات الانفعالي أثناء معالجة المريض أو المصاب والحالات الحرجة التي تتطلب التركيز وسرعة الاستجابة والصفاء الذهني إذ لا ينبغي للعاملين في مجال التمريض الخوف من الانتقام عند إبلاغهم إدارة منظمة الممرضات الأمريكية (ANA) بمثل هكذا تصرفات وأن أسلوب اللاتهابية الذي يمكن أن يشمل العديد من الأعضاء في بيئة العمل ويمكن أن يكون السلوك صادر من طبيب بحق مريض أو ممرضة أو صادر من مدير بحق مرؤوسيه (Dimarion, 2011) (Blair, 2013) وهناك تبايناً في السلوك الذي يشير الى اللاتهابية الذي يعاني منه الممرضين والمرضات منها التعليقات الهجومية، وحجب المعلومات التي قد تكون مفيدة في مجال العمل، وازدراء عام لزملاء العمل، والتلميح الشخصي، والسب اللفظي، والنميمة، وخيانة الأسرار، وجعل المقابل كبش فداء، واللغة المتعالية، وكل ذلك هو اللاتهابية في مكان العمل (Luparell, 2011) (Pocker, 2012). وقد أشار (Pocker, 2012) الى أن بعض الممرضين والمرضات قد يعالجون الاجهاد والانهك المتزايد والضغط بممارسة اللاتهابية نحو الممرضين والمرضات الجدد محاولة منهم للسيطرة عليهم، وفي المقابل يحاول الممرض أو الممرضات الجدد اثبات أنفسهم في المهنة (Longo, 2013). وأيضاً قد تساعد ثقافة الوحدة الفردية في تقديم الصعوبات للآخرين من خلال عدم توفير الأدوات، أو عدم توفير حل لصراعات المهنة وعدم توفير دعم إداري وذلك محاولة منهم لفرض أنفسهم إدارياً في المهنة (Vessey, et.al, 2009). وقدّم (Lim & Bernstein 2014) بعض العوامل الفردية التي قد تساهم في اللاتهابية في مكان العمل، وقد تضمنت بعض العوامل الفردية المتمركز حول الذات، عدم النضج، الدفاع، الانفتاح الى مهارات إدارة الصراع وتشمل عوامل إدارة الصراع (ضغط العمل، وأدوار التمكين، والتغيرات المستمرة المتعلقة، وعدد المرضى المسؤول عنهم الممرض أو الممرضة) (Lim & Bernstein 2014) وكل ذلك قد يكون له تأثير على المرضى وعلاجهم، فقد حددت لجنة متابعة عمل المستشفيات السلوكيات التي قد تؤثر على سلامة المرضى والتي لا يمكن التساهل معها ومن هذه السلوكيات اللاتهابية، والتتمر، والسلوكيات التخريبية المدمرة للمستشفيات والتي تشمل زيادة التغيب عن العمل، واستبدال الموظفين والممرضين وسرعة التغير، وهذا كله بدوره يؤثر على سلامة المرضى (Blair, 2013

(Rocker 2012). ويمكن أن يتسبب اللاتهذيب في زيادة الاجهاد والضغط والانهك لدى الممرضين والمرضات (Blair, 2013)، وقد توصلت دراسة Sonya Walbank حول إجهاد الممرضات، الى أنَّ درجة الاجهاد والانهك الذي يعاني منه الممرضين والمرضات يزيد 1.5 عن معدل الاجهاد لدى الجنود المقاتلين (Calkin, 2013) ويمكن اللاتهذيب أن يسبب انهيار العلاقات الاجتماعية والتعاون بين الموظفين (Rosentein 2011)، وهذا يؤثر على عزيمة الممرضين والمرضات وجودة عملهم (Blair, 2013) ويتداخل مع التواصل الفعال (Bigony et.al, 2009) وأنَّ انخفاض المعنويات الى جانب انخفاض الانتاجية وانخفاض التواصل يؤثر على بيئة العمل (Dimarino, 2011) ويؤثر على جودة الرعاية المقدمة الى المرضى (Joint Commission 2008) إذ إنَّ اللاتهذيب يمكن أن يعرّض سلامة المرضى للخطر وذلك بسبب تأثيرها على التواصل للفعال والتعاون فيما بين العاملين في المستشفى (Bigony et.al, 2009). وأنَّ اللاتهذيب شائع في مهنة التمريض في جنوب شرق الولايات المتحدة وأنه يؤثر على الممرضين والمرضات جسدياً ونفسياً هذا بالإضافة الى كونها تمثل عائقاً للتواصل الفعال والتعاون بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، ويمكن أن يكون لآثار اللاتهذيب تأثير سلبي ليس فقط على علاقات الممرضين والمرضات مع زملاء العمل ولكن يمكن أن يؤثر على سلامة المريض وجودة الرعاية المقدمة له (Gillian, 2015) وتوصلت دراسة Rosenstien & O'Daniel 2005 الاستطلاعية على عينة من الممرضين والمرضات والأطباء قوامها (1.509) فقد أجاب ٤٠٪ أنَّ الممرضين والمرضات يتعرضون يومياً لحالات اللاتهذيب (Rosenstien & O'Daniel 2005). ومن المتغيرات التي ترتبط بالضرر النفسي والجسدي للممرضين والمرضات الذي يسببه اللاتهذيب هو الرفاهية النفسية التي تمثل توظيف امكانات الفرد من خلال عملية تحقيق الذات (Negovan, 2010, p.86)، وقد توصلت الدراسات السابقة الى أنَّ الرفاهية النفسية ترتبط بمجموعة متغيرات ايجابية منها التعادل، وتقدير الذات والرضا عن الحياة، والسعادة والتعاطف، والتوافق البيئي للأفراد والاستقرار العاطفي والانفعالي (Acun-Kapikiran, 2011) وانها تتطور من خلال مجموعة من المتغيرات كالتنظيم الانفعالي وخصائص الشخصية والهوية، والخبرة في الحياة وانها تزداد بزيادة العمر والتعليم (Edwards et.al 20005). وأنَّ اللاتهذيب الذي يتعرض له الممرضين يؤثر على عملهم وعلى سلامتهم النفسية ومنها رفايتهم وسلامة المريض (Gillian, 2015). وقد توصلت دراسة Lim et.al أن هناك علاقة بين اللاتهذيب والصحة والرفاهية النفسية والرغبة في الاستقلالية، والأداء الوظيفي والجودة والرضا وقد يتحول اللاتهذيب الى سلوك انتقامي من الجاني إذ يتحول الى سلوك عدواني وعنيف (Handoyo, et.al, 2018). وثد انتشرت في العراق ظاهرة الاعتداء على ذوي المهنة الصحية سواء ممرضين أو ممرضات في الكثير من المستشفيات سواء لفظياً أو جسدياً نتيجة عدم احترام القوانين والمعايير الاجتماعية والاخلاقية والقانونية بل وتنتشر على مواقع التواصل الالكترونية مقاطع وصور لمعارك داخل صالات وردهات المستشفى ما بين الأهالي من طرفي النزاع مع الممرضين والمرضات وعدم احترام لخصوصية وطبيعة المكان ومن فيه بالإضافة الى التهديد المباشر بالملاحقة العشوائية والقانونية فالمرضى أو الممرضة ما بين المصادمات المستمرة مع المرضى أو ذويهم والاصطدام أحياناً بسوء المعاملة سواء إدارياً ولفظياً وحتى الوصول للتحرش الجنسي أو قلة الامكانيات والتجهيزات الطبية وعدم وضوح في قوانين حماية منتسبي هذا القطاع الصحي لذلك تتحدد مشكلة البحث الحالي بالتعرف على اللاتهذيب وعلاقته بالرفاهية النفسية لدى الممرضين والمرضات في المستشفيات العراقية لما يمررون به من إجهاد وضغوط وإنهك في ظل الازمات والصراعات التي يمرُّ بها البلد وقد ولدت شهداء وجرحى وأخيراً مواجهة وباء كورونا مع قلة في الأعداد والامكانيات.

أهمية البحث:

ظهر مفهوم اللاتهذيب (Incivility) في أواخر تسعينيات القرن الماضي حيث يرجع الجذور الأساسية لهذا المصطلح الى كتابات (Anderson and Pearson, 1999) وقد تمَّ تعريف اللاتهذيب من قبلهم بأنه انحراف عن قواعد العمل وانتهاك لأخلاقيات العمل وقد يكون عفوي أو بشكل مقصود، وقد اعتمدت العديد من الدراسات السابقة هذا التعريف، ومنها دراسة (Martine and Ltine, 2005) الذين حدّدوا أبعاد اللاتهذيب في أربعة أبعاد (العداء تجاه الموظف، انتهاك خصوصية الموظف، تجاهل الموظف، النسيمة) أما (Bibiet.al 2013) الذي تم اعتماد مقياسها وتطوره في دراسة العبيدي ٢٠١٨ الذي كانت فيه أبعاد اللاتهذيب هي العنف النفسي، والسلوك الانسحابي، والانحراف الفكري (العبيدي، ٢٠١٨، ١٤٣٥). أما (Neuman) الذي اعتمد نظرية الضغوط الوظيفية أو المهنية (Alligood & Tomey, 2010) الذي حدّد اللاتهذيب بالعلاقات الاجتماعية بين الممرضين والأطباء والعاملين في المستشفيات والممرضين ومرؤوسيه، والممرضين مع بعضهم، والممرضين والمرضى وذويهم (Alligood & Tomey, 2010) وقد وجدت دراسة ٢٠١٨

Handoy. S. et.al 2018، في اندونيسيا أن ٨٨٪ من العينة يعانون من اللاتهذيب في مكان العمل من زملائهم المشرفين عليهم ومن أساليب اللاتهذيب المتبعة التي توصلت لها الدراسة هي، التدخل في شؤون الآخرين، والتواصل غير الودي، والسلوك المتهور، وانتهاك الخصوصية (Handoy. S. et.al ٢٠١٨). وقد ارتبط اللاتهذيب بنية ترك العمل فقد توصلت دراسة (Lim et.al, 2008) لهذه النتيجة (Lim et.al, 2008). أما فيما يتعلق باللاتهذيب التنظيمي وعلاقته بالصحة الجسدية للموظف والرضا الوظيفي والنتائج التنظيمية فقد جاءت دراسة (Reio and Ghosh, 2009) لتؤكد ارتباط اللاتهذيب بصحة الموظف الجسدية و بالرضا الوظيفي وأيضاً علاقة اللاتهذيب بالأداء التنظيمي (Reio and Ghosh, 2009) وأيضاً توصلت دراسة Smith et.al 2010 الى الأثر السلبي على الالتزام التنظيمي وأيضاً توصلت دراسة Dutta, 2017 الى وجود أثر اللاتهذيب التنظيمي على شعور الموظف بالأمان والحالة الصحية له وارتباطه أيضاً بأخطاء العمل وتعرض العاملين لإصابات العمل وتدهور حالتهم الصحية (إبراهيم وآخرون، ٢٠١٨، ص ٨). وأيضاً يرتبط اللاتهذيب بانهايار العلاقات الاجتماعية بين الموظفين والتعاون فيما بينهم (Long, 2013) وايضاً يرتبط بانخفاض التواصل نتيجة السلوكيات السلبية، ويؤدي الى انخفاض الانتاجية والذي بدوره يؤثر على بيئة العمل (Dimarino, 2011) ويؤثر أيضاً على الرعاية المقدمة من الممرضين الى المرضى (Vessey et.al, 2009) وله تأثير سلبي على رعاية المرضى وسلامتهم (Addison & Luparell, 2014) وايدت نتائج دراسة Rosentein and O'Daniel's, 2005 أن اللاتهذيب كان له أثر كبير في مستوى الضغط والتوتر والإحباط الذي يشعر به الممرضات ويؤثر على تركيزهم والتعاون والتواصل ونقل المعلومات فيما بينهم (Rosentein and O'Daniel's, 2005) وفي دراسة استطلاعية في كندا على الممرضات قوام العينة (١٠٢٤١) هدفت الدراسة لتحديد اللاتهذيب ومساهمة نمط الإدارة في اللاتهذيب وقد توصلت الدراسة الى أن سلوكيات اللاتهذيب الشائعة هي الملاحظات المتعالية والتدخلات الشخصية والتشكيك في الحكم، أما نمط الإدارة فقد كانت القيادة التي تساعد إدارة الفرص الفريدة والتي تركز على العلاقات التي تساهم في إعطاء سلطات واسعة للممرضات هي القيادة الأنسب لمواجهة اللاتهذيب (Laschinger et.al, 2014). أما عن أعمار وسنوات الخدمة للممرضات، فقد بحثت عدة دراسات ومنها دراسة (Vogelpohl et.al, 2013) التي أخذت عينة قوامها (١٣٥) ممرضة من الممرضات الجدد ووجدت أن (٣٠٪) من الممرضات الجدد فكروا في ترك العمل بسبب اللاتهذيب والسلوك السلبي في مكان العمل وأن (٣٥٪)، غيروا عملهم في غضون عامين بسبب اللاتهذيب والسلوك السلبي ونسبة (٣٥٪) وصفوا الإدارة بأنها غير داعمة أو مساندة لهم، وأشار (٩٨.٥٪) الى أن مؤسسات الرعاية الصحية يجب أن يكون لها نهج تنظيمي يعالج اللاتهذيب والسلوك التخريبي والتتم من قبل رؤوسهم (Vogelpohl et.al, 2013). وبحثت دراسة Smith ودراسة Andruszszn ودراسة Laschinger (٢٠١٠) عن علاقة اللاتهذيب بالالتزام التنظيمي على عينة قوامها (١١٧) ممرضة في ولاية انتاريو وكانت العينة من الخريجات الجدد أي خبرتهم اقل من سنتين ومتوسط أعمارهم (٢٧) سنة، وقد توصلت الدراسة الى أن سلوك اللاتهذيب له علاقة بالالتزام التنظيمي لمكان العمل، فقد كانت أغلبية العينة من اللاتهذيب في مكان العمل مما تؤثر على التزامهم بالمؤسسة (Smith et.al, 2010). هدفت دراسة (Leiter et.al, 2010) الى التعرف على الفروق لتعرض الممرضات الى اللاتهذيب وفق سنوات الخدمة والعمر، وبعد تقديم مقياس اللاتهذيب في مكان العمل وتكراره، وقد توصلت الدراسة الى أن الممرضات الأكبر عمراً والأكثر خدمة عانين من اللاتهذيب بصورة أكثر ويتكرر من زملائهم والمشرفين من الأقل عمراً وخدمة قد وصفن مهنة التمريض بأنها مهنة تمتلك اللاتهذيب وهذا ما يولد الشعور بالضيق والتوتر، والسخرية، ومنه سرعة تغيير نوعية العمل والأمراض الجسدية (Leiter et.al, 2010). وهدفت دراسة Smidt et.al, 2016 الى التعرف على فاعلية قياس اللاتهذيب التنظيمي في مصرف جنوب أفريقيا الصناعي (Smidt et.al, 2016). وتوصلت الى أن الموظفين في المصرف يعانون من اللاتهذيب. الرفاهية النفسية Psychological Well being من المتغيرات الأساسية التي يهتم بها علم النفس الإيجابي، الذي أصبح الاهتمام به بالآونة الأخيرة اهتماماً ملحوظاً، فقد أهتم العديد من المفاهيم النفسية الإيجابية التي تعين الفرد على مواجهة معوقات وضغوطات الحياة، وعلى الرغم من أن الغاية الأساسية لعلم النفس هي مساعدة الفرد أن يحيا الحياة الطبيعية التي يشعر فيها بالسعادة، إلا أن هناك تجاهل لعلماء النفس لسنوات طويلة للمشاعر الإيجابية للشخصية وظل الاهتمام بالانفعالات السلبية مثل الاكتئاب والقلق والضغوط والتشاؤم هي الأكثر تداولاً في بحوثهم ودراساتهم (أبو هاشم، ٢٠١٠) وتعتبر الرفاهية النفسية أحد المؤشرات الهامة للرضا عن الحياة فهي الغاية المنشودة التي يسعى الإنسان الى الوصول إليها والتي يؤدي تحقيقها الى شعور الفرد بالرضا والبهجة والتفاؤل وتحقيق الذات (هادي، ٢٠١٩) وقد اختلفت ترجمة مفهوم الرفاهية النفسية الى العربية فبعضهم عدّه مرادفاً للسعادة والبعض الآخر عدّه مرادفاً للرضا عن الحياة أو للصحة النفسية (معمرية، ٢٠١٢). أما Ryff فقد عرفه بأنه

مجموعة من الممارسات السلوكية التي تدلّ على رضا الفرد عن حياته بشكل عام وتمّ تحديد ستة أبعاد لها هي الاستقلالية، التمكن البيئي، النمو الشخصي، العلاقات الايجابية، الهدف من الحياة، تقبّل الذات (Ryff & Singer, 2008). وقد توصلت دراسة Brackeet & Augusto, 2003 الى وجود علاقة بين الرفاهية النفسية والذكاء الانفعالي (Brackeet & Mayer, 2003). وأيضاً توصلت دراسة (Augusto-Landa et.al, 2010) الى أن هناك علاقة بين الرفاهية النفسية والذكاء الانفعالي (Augusto-Landa et.al, 2010) ووصلت دراسة Extremera et.al, 2011 الى نتيجة مفادها هناك ارتباط إيجابي دال بين الذكاء الانفعالي و الرفاهية النفسية لمقياس رايف و الرفاهية الذاتية (Extremera et.al, 2011). ووصلت دراسة Burrus et.al, 2012 الى نفس النتيجة (Burrus et.al, 2012). بينما توصلت دراسة Chang et.al, 1997 ودراسة Brissette et.al, 2002 الى وجود علاقة إيجابية بين الرفاهية النفسية والتفاؤل (Chang et.al, 1997) (Belcher, 2009). وتوصلت دراسة خرنوب، ٢٠١٦ الى وجود علاقة دالة بين الرفاهية النفسية وكل من الذكاء الانفعالي والتفاؤل (خرنوب، ٢٠١٦). بينما توصلت دراسة الزهراني الى وجود علاقة إيجابية بين الرفاهية النفسية وإدارة الذات (الزهراني، ٢٠٠٠). وتأتي أهمية العينة من كون المرضى والمرضى في المستشفيات العراقية والمؤسسات الصحية والمجتمعية قد عانوا على مدار ٤٠ عام ظروف استثنائية لم يمر بها بلد من البلدان، فقد مرّ العراق بأزمات عديدة ولدت شهداء وجرحى مما جعل هذه الشريحة شريحة لها دور فعال في المجتمع العراقي، لذلك قد تؤدي الى تعرّض هذه الشريحة الى ضغوط وإنهاك وإجهاد. وتأتي أهمية الدراسة الحالية في تسليط الضوء على جانب حيوي في اداء المرضى والمرضى وإضافة معلومات بحثية، للمكتبة المحلية والعربية بمعلومات عن اللاتهذيب لدى شريحة المرضى والمرضى فقد تمّ إعداد أداة لقياس اللاتهذيب وأداة لقياس الرفاهية النفسية لدى هذه الشريحة المهمة من شرائح المجتمع العراقي التي كان لها دور هام وفعال في مواجهة الأزمات التي مرّ بها بلدنا العراق.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي الى التعرف على:

١. اللاتهذيب لدى المرضى والمرضى.
٢. الرفاهية النفسية لدى المرضى والمرضى.
٣. العلاقة الارتباطية بين اللاتهذيب و الرفاهية النفسية لدى المرضى والمرضى.

حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي باللاتهذيب وعلاقته بالرفاهية النفسية لدى مرضى ومرضى وممرضات المستشفيات الحكومية/جانب الرصافة ومن كلا الجنسين للعام ٢٠٢١.

تحديد المصطلحات (اللاتهذيب Incivility): عرّفها كلّ من:

– **Andérsson & Pearson, 1999** بأنّها انحراف عن قواعد العمل وانتهاك لأخلاقيات العمل والاحترام المتبادل وتجاهل الموظف والتصرّف اتجاهه بوقاحة والتسبب في حدوث الضرر والإيذاء، وقد يكون هذا التصرف عفواً أو بشكل مقصود (Andérsson & Pearson, 1999).

– **Shim, 2010** هي سلوكيات منحرفة غير واضحة وغير متمدنة تؤدي الى انتهاك لقواعد العمل والاحترام المتبادل بين الأفراد والعاملين، وتظهر من خلال عدة أوجه وتسميات أحياناً تُسمى العنف، التحرش، التمرّ، الاستقواء، أو سلوكيات المهاجمة والعدوان في مكان العمل (Shim, 2010).

– **Mark, et.al, 2015** هو انخفاض مستويات السلوك التنظيمي والاجتماعي عند الأفراد العاملين نحو الانحراف وعدم الانضباط مع النظر للأخريين بنظرة التعالي وعدم الاحترام وتجاهل أو استبعادها من الصداقة الحميمة الاجتماعية، إذ ينتج عن هذا السلوك إلحاق الضرر أو تجرح الآخرين جسدياً أو نفسياً (Mark, et.al, 2015).

التعريف النظري تبنت الباحثة تعريف Andérsson & Pearson, 1999 لأنها أعتمدت مقياس Guidroz et.al, 2010 الذي يقيس اللاتهذيب وقد اعتمد تعريف Andérsson & Pearson, 1999 والذي تبني نموذج الضغوط الوظيفية ل نيومان Neuman.

التعريف الإجرائي هي الدرجة التي يحصل عليها المستجيب (المريض أو الممرضة) من خلال إجابته على مقياس اللاتهذيب.

الرفاهية النفسية Psychological Well being، عرّفها كلّ من:

Shek, 1992، بأنها حالة الشخص السليم عقلياً الذي يمتلك عدداً من الصفات الإيجابية للصحة النفسية مثل التكيف الفعال مع البيئة ووحدة الشخصية (Afework, 2013, p.14).

Ryff et.al , 1999 وهي بنية متعددة الأبعاد التي تعكس تقييماً للأفراد لأنفسهم ونوعية حياتهم Ryff et.al , 1999, p.247 وحددتها رايف Ryff في ستة عوامل للأداء الإيجابي وهي:

- ← **تقبل الذات Self-acceptance:** وهي تقييماً الفرد الإيجابية لذاته ولحياته الماضية.
 - ← **العلاقات الإيجابية من الآخرين Positive relations with others:** وتعني امتلاك الفرد علاقات عالية الجودة مع الآخرين.
 - ← **الاستقلالية Autonomy:** وتعني احساس الفرد بتقرير مصيره.
 - ← **الاجادة البيئية Environmental Mastery:** وتعني قدرة الفرد على إدارة حياته وعالمه المحيط به بفعالية.
 - ← **الهدف في الحياة Purpose in life:** وهو اعتقاد الفرد بأن حياته هادفة وذات معنى.
 - ← **النمو الشخصي Presonal Growth:** وهو احساس الفرد بالنمو والتطور المستمر. (Ryff & Keyes, 2002)
- تعريف Ryan and Deci, 2001: هي القدرة على الانخراط في الانشطة التي تتماشى مع الاهتمامات والاهداف في حياة الفرد وحاجاته النفسية الأساسية (Machado et.al , 2016, p.22).
- تعريف Huppert, 2005: هي القدرة على الشعور بالرضا عن النفس والقدرة على العمل بفعالية وتعتقد أن الشعور الجيد لا يعني بالضرورة وجود مشاعر ايجابية كالرضا والسعادة ولكن أيضاً وجود المودة والثقة والاهتمام والمشاركة والقدرة على العمل بفعالية مثل شعور الفرد بالسيطرة على حياته والقدرة على استغلاله لامكانياته واحساسه بالحياة الهادئة وإقامة علاقات ايجابية مع الآخر (Suresh and Joshi, 2013, p.121).

التعريف النظري: تبنت الباحثة تعريف Ryff, 1999 لأنها تبنت مقياسه.

التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي يحصل عليها المستجيب (المرضى - الممرضة) من خلال إجابته على المقياس الذي أعد لهذا الغرض.

الفصل الثاني الإطار النظري: اللاتهذيب incivility

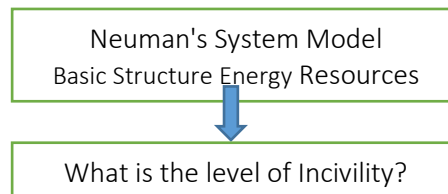
- **نظرية الحفاظ على الموارد:** Hobfoll, 1989، نصت هذه النظرية على أن الأفراد يسعون الى تعزيز وحماية جودة وكمية مواردهم الاجتماعية والنفسية التي يستخدمونها في تحقيق متطلبات العمل، ويواجه الأفراد الشعور بالضغط عندما تهدد مواردهم أو يفقدونها أو عندما يفشلون في استعادتها واستردادها بعد استثمارهم فيها، وتمثل الموارد في هذه النظرية الأهداف والخصائص الشخصية والظروف والطاقت الجسدية والنفسية أو ما يدعم كل ما سبق ويكون له قيمة لدى الفرد، وبالنظر الى الموارد العاطفية على أنها جزء من الموارد الشخصية للموظف فإن التأثير السلبي على هذه الموارد من خلال الشعور السلبي الذي تخلفه المعاملة الفظة يؤثر سلباً على سلوك الموظف (Williams and Shiaw, 1999). وأكدت النظرية على أن فشل الموظف في الحفاظ على موارده الاجتماعية أو النفسية في العمل يدفعه للتعامل باللاتهذيب أو معاملة جافة مع الآخرين مما يؤدي الى الشعور بالإنهاك الوظيفي والذي بدوره يؤثر سلباً على سلوكيات الموظف فيصبح الموظف أقل مواطنة وأقل انخراطاً في السلوكيات المساعدة وأقل مشاركة في الأدوار الإضافية (Petersen et.al, 2011) (Cropanzano et.al, 2003). و شعور الموظف بفقدان موارده النفسية والعاطفية تسبب في شعوره بالأسى والحزن وافتقار المنطقية والرفض والعداء (Karatepe and Aleshinloye, 2009). تؤثر العلاقات الشخصية السلبية بين الأفراد في العمل التي تسبب فيها اللاتهذيب سلباً على موارد الموظف الاجتماعية كالدعم والمشاركة والمواطنة (Sulea et.al, 2012) وذلك أن التعرض لللاتهذيب هو بمثابة استنزاف نفسي واستمراره يسبب الاحباط والعدوان والمشاعر السلبية (Taylor et.al, 2014). وأيضاً زيادة المتطلبات الوظيفية من خلال اللاتهذيب قد أثر سلباً على الأداء الوظيفي (Johnson, 2015)، وتعرض الموظف لللاتهذيب يؤدي الى هدر موارد الموظف النفسية (Han et.al, 2016).

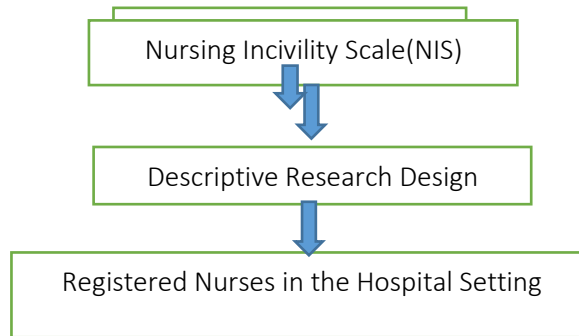
- **نظرية الأحداث العاطفية:** صاحب هذه النظرية Weiss and Cropanzano, 1996، وقد افترضت هذه النظرية أن المشاعر والحالة المزاجية للفرد تتأثر ببيئة العمل المحيطة وتؤثر على اتجاهاته وسلوكياته المتمثلة في ردود أفعاله فالأحداث والمعاملات الإيجابية للفرد في بيئة العمل تولد لديه مشاعر وسلوكيات إيجابية، والأحداث والمعاملات السلبية للفرد الموظف في بيئة العمل تولد لديه مشاعر وسلوكيات سلبية (Krechbiel and Cropanzano , 2000) (Weiss and Beal, 2005). ووفقاً لهذه النظرية فإن التعرض لللاتهذيب

من الآخرين في بيئة العمل خلق مشاعر سلبية لدى الموظف وبالتالي تسبب في ردود أفعال سلبية قد تنتج عنها ترك العمل مباشرة (Grandey et.al,2002).

- **نظرية موارد ومتطلبات الوظيفة:** أفترضت نظرية (Demerouti et.al,2001) أنَّ ظروف العمل يمكن تقسيمها الى فئتين **الفئة الأولى** موارد الوظيفة وهي كل الجوانب المادية والنفسية والاجتماعية التي تحقق مهام وأهداف الوظيفة وتقلل من جهود العمل البدنية والنفسية، **الفئة الثانية** متطلبات الوظيفة وهي كل الجوانب المادية والنفسية والاجتماعية المطلوبة للعمل والتي تستدعي جهداً بدنياً ونفسياً، والتفاعل بين هذين الفئتين يؤدي الى العديد من النتائج التي تؤثر سلباً أو إيجاباً على الفرد والمنظمة فنقص الموارد الوظيفية يؤدي الى الإجهاد الوظيفي والاحتراق (Hakanen& Bakker,2006). ووفقاً لهذه النظرية فإنَّ التعرُّض للتهذيب في العمل قد يستنفذ من الموظف موارده العاطفية (Bakker et.al,2007)، كما أنسوء العلاقات الاجتماعية بين الأفراد في بيئة العمل وزيادة متطلبات العمل تؤدي الى شعور الموظف بالإرهاق والاجهاد (Sulea et.al,2012).

- **أ نموذج الضغوط الوظيفية:** صاحبة هذه النظرية نيومان بيتي Neuman,1995 هذا النموذج عن التمريض يقوم على أساس علاقة الممرضين بالضغط النفسي، ورد الفعل الناجم عنه، إذ تفترض هذه النظرية أنَّ الضغوط التي يتعرض لها الفرد (المريض) في بيئة العمل إنما تأتي من مصدرين رئيسيين هما الفرد والمنظمة، حيث أنَّ التفاعل بين هذين المصدرين في زمن محدد قد يؤدي الى الضغوط التي تترك آثارها على الفرد والمنظمة (مكان العمل)، مما قد يدفع كل منهما الى الاستجابة الملائمة لهذه الضغوط (Alligood& Tomey,2010). ويتصور نموذج Neuman أنَّ الفرد يتفاعل مع الآخرين ومع البيئة (Alligood& Tomey,2010) ويُعرَّف التوافق: أنَّه عملية يقوم بها الفرد بتحديد احتياجاته، وقد تؤدي هذه الاحتياجات الى تشويش توازن الفرد أو استقراره لذا، فإنَّ عملية التوافق هي مستمرة وديناميكية مع اعتبار أنَّ الحياة بمثابة عملية توازن بين الاستقرار وعدم التوازن (Alligood& Tomey,2013). إنَّ المكونين الأساسيين لنموذج نيومان هما الضغوط ورد الفعل لهذه الضغوط، الضغوط هي المحفزات المنتجة للتوتر الذي يؤدي الى الاجهاد، وقد تكون إيجابية أم سلبية (Alligood& Tomey,2013). وبسبب أنَّ الضغط يزيد من الحاجة الى إعادة التوافق، فالتكيف مع الأزمة أو الموقف أو الضغط يكون ضروري، فإنَّ الضغوط المتضمنة لمستويات اللاتهاب ورد الفعل اتجاهاً سوف يتبعها تشتت الانتباه الذي يعاني منه الممرضين والمرضات كنتيجة للتهذيب في مكان العمل (Turner & Kaylar, 2015) وقد استعرض نموذج Neuman,1995 ثلاثة مستويات لرد الفعل للضغوط، الأول هو الوقاية الأولية، وتحدث عندما تنخفض احتمالية مواجهة المشكلة التي تؤدي الى تقوية خط الدفاع الطبيعي الذي ينتج عنه انخفاض في رد الفعل تجاه الضغوطات، أما المستوى الثاني فهو الوقاية الثانوية وهي بعد تعرض الفرد (المريض) لإجهاد تعمل الوقاية الثانوية باعتبارها تخفيف لأنها تتطلب تدخلاً مبكراً وخطة لتقليل تأثير الضغوط، ووفقاً لـ Neuman فإنَّ الوقاية الثانوية تقوي خط الدفاع الداخلي للفرد (المريض)، أما المستوى الأخير فهو وقاية في الدرجة الثالثة، إذ تحاول الوقاية من الدرجة الثالثة التقليل من تأثيرات الإجهاد وإعادة الفرد (المريض) الى الرفاهية النفسية (Alligood& Tomey,2013, p.281-293). وأنَّ نموذج نيومان يشير الى طبيعة العمل بالمنظمة الذي يكون قائم على أساس تفاعل الفرد مع البيئة. الكائن البشري يتصف بصفة متغيرات تتضمن، الفسيولوجي والنفسي، الثقافي، والروحي، وتفاعل المتغيرات، فيشير الفسيولوجي الى وظيفة بنية الجسم، اما النفسي فيشير الى العمليات العقلية والتفاعل مع البيئة، أم الثقافي فهو يشير الى أثر التأثيرات الاجتماعية والحالة الثقافية، اما الروحي فهو يشير الى تأثيرات المعتقدات الروحية، فيما يخص تطور المتغيرات فإنه يشير الى علاقة العمر بالعمليات والنشاطات (Neuman ,1995) (Alligood& Tomey,2014). وأنَّ اللاتهاب في مكان العمل يُكوّن بيئة تؤثر على رفاهية الممرضين وتؤثر على الممرضين والتعاون فيما بينهم، ومع الأطباء ومرؤوسيه، تؤثر على سلامة المريض (Gillian , 2015). لذلك تبنت الباحثة هذه النظرية لأنها تبنت مقياس اللاتهاب لـ (Guidroz et.al , 2010) الذي اعتمدته (Gillian , 2015) واعتمدها في دراسته ولأنها الأقرب الى متغيرات الدراسة الحالية، والشكل التالي يوضح مخطط نظري لدراسة اللاتهاب بين الممرضين في محيط مجتمع المستشفى.





شكل (١) يوضح مخطط نظري لدراسة اللاتهذيب بين الممرضين في محيط مجتمع المستشفى
(Gillian , 2015, p.5)

الرفاه النفسي:

- نظرية Ryff:

احتجت (Ryff, 1989) على الدراسات والبحوث حول متغير الرفاهية واعتبرتها مستندة على أسس ضعيفة لذلك وضعت نهجاً بديلاً للرفاه النفسي وبنيت تصوّر نظري يكون مبني على أسس نظريات الشخصية (العنزي، ٢٠١٧، ص ١٨٩) ومن هذه النظريات نظرية ماسلو للحاجات Maslow حيث اهتم علماء الشخصية اهتماماً بالغاً بما تستلزمه الحياة الخيرة وهو تحقيق الذات والتي تأتي في قائمة ترتيب هرم الحاجات لماسلو (هريدي، ٢٠١١، ص ٨٢). ونظرية ماسلو تتضمن هرم سباعي يتضمن ٧ حاجات أساسية إذ يبدأ الشخص من خلال ذلك بتلبية الحاجات الأساسية للكائن الحي وهي الحاجات الفسيولوجية وهي الأكثر أهمية في الهرم، فالفرد له رغبة قوية من أجل إشباع هذا النوع من الحاجة للاستمرار في حياته، ثم تأتي الحاجة للأمن، وعندما يكون الفرد في هذه المرحلة تصبح السلامة أكثر أهمية من أي شيء، كما تتعلق الحاجة للانتماء بمتطلبات المودة والحب والتي تأتي عندما تشبع الحاجات السابقة، فيكون الفرد مهتم بتحقيق الاتصال والعلاقات مع الآخرين وسوف يعمل بجدٍ لتحقيق ذلك فهو الآن الأكثر اهتماماً بالقيام بذلك من أي شيء آخر، كما تطرقت النظرية على تقدير الذات تُعرف بأنها اكتساب تقدير الآخرين، وإشباعها يكون يتمكن الفرد من تحقيق كامل إمكاناته التي تأتي عندما يتم إشباع جميع الحاجات الأخرى، ووفقاً لنظرية ماسلو يكون تحقيق الذات يجب أن يكون الفرد ما يستطيع أن يكون عليه What a man can be, he must be وإشادت هذه الحاجة إلى رغبة الشخص في تطوير إمكاناته الكاملة للحصول على النحو الشخصي وهذه الرغبات تختلف اختلافاً كبيراً من شخص إلى آخر ثم أضاف ماسلو الحاجات المعرفية والجمالية (Wells, 2014, p.78-79) (Hidalgo et.al, 2010) أماماخص

نظرية روجرز (Rogers, 1963)، فهي تركز على أن مفهوم أن الأفراد باستطاعتهم أن يعيشوا بشكلٍ كامل مع كل مشاعرهم وردود أفعالهم وهؤلاء الأفراد يتميزون بالثقة بالنفس لأنهم يستطيعون تقبل عواقب أفعالهم ويمكنهم تصحيحها كما يمكنهم تجربة كل مشاعرهم دون خوف (Hidalgo et.al, 2010) أما نظرية البورت (Allport, 1952) التي وصف فيها الشخصية الناضجة كشكل من أشكال الأداء الإيجابي (Hidalgo et.al, 2010) ومع تأكيد على دراسة الشخصية الراشدة السوية، فقد قام بصياغة محكات للصحة النفسية أو النضج وأهمها:

- ← **اعتناق فلسفة موحدة:** فالأشخاص الناضجين يعملون على تطوير فلسفة موحدة تعطي معنى لحياتهم وتوجههم في المستقبل، وتجعلهم قادرين على مواجهة المشاكل والمصاعب.
- ← **القدرة على تحقيق الذات:** وذلك من خلال ممارسة الأنشطة والمشاركات التي تُعَدُّ ذات ومعنى وفائدة له كالزواج والشخص الناضج لا يعكف على ذاته ولا تقتصر اهتماماته على إشباعاته البيولوجية من طعام وشراب... الخ، لكنه لديه توجه نحو مستقبله وغير متعلق دينامي ويسعى لتحقيق ذاته دائماً.
- ← **تكوين علاقات شفقة وجب مع الآخرين:** أي التألف مع الآخرين وتكوين علاقات اجتماعية جيدة بعيدة عن الغيرة والحقد فالشخص الناضج لديه استعداد للتضحية من أجل الآخرين أو على الأقل قبول تبعات ما يعطيه لديه شعور بالمسؤولية إزاء الآخرين عموماً، ويخطط حياته في إطار قيم ومعايير الجماعة.
- ← **الأمن الانفعالي وتقبل الذات:** الأشخاص الناضجين تعلموا كيف يواجهون مشاكلهم بطرقٍ فعّالة مما يضفي على حياتهم شعوراً بالأمن النفسي، وليس من السهل أن يقعوا في الفوضى أو تثبيط همتهم أو يختل توازنهم بخيبة الأمل وهم قادرين على الاستفادة من خبراتهم

الماضية يتقبلون ذاتهم وقدراتهم ولديهم ثقة في النفس تمكنهم من تأجيل إشباعاتهم وتحمل احباطات حياتهم اليومية دون لوم الآخرين على أخطائهم أو ممارسة سلوك غير مرغوب.

← **لديهم توجهات واقعية:** الأشخاص الناضجين لديهم توجهات واقعية نحو ذاتهم ونحو العالم الخارجي تتضمن القدرة على التضحية بذاتهم في سبيل عمل ذات معنى ومواجهة الصعاب بدون هلع أو خوف أو لجوء الى حيل دفاعية وهم قادرون على التخطيط للأحداث المستقبلية والسعي الجاد لإنجاز ما يتم تخطيطه.

← **الاستبصار بالذات:** يتفق البورت مع فرويد ويونك على أن الاستبصار الحقيقي بالذات أمر صعب تحقيقه فنحن نفكر في ذاتنا كثيراً ولكن ليس بموضوعية مطلقة. وعلى هذا الأساس الشخص الناضج هو شخص أكثر وعياً بذاته وإدراكاً للحاجة الى التغيير والنمو، كما يدرك الفرق بين ما يريه عن ذاته وما يذكره الآخرون عنه، لديه روح الفكاهة والمرح ويستمتع بذلك وحسب البورت في كل الاحتمالات لا يوجد شخص يتمتع بهذه المحكات الستة للنضج ولا من الضروري أن تعبر هذه المحكات بكفاءة عن العمر الزمني، على الرغم من أن الراشدين ربما يعكسون درجة غير عادية من النضج أو عدم النضج (عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ٣٢٦-٣٢٧). ومن منظور علم النفس التطوري يدرك اريكسون Erikson, 1950 أن تطور الشخصية مثل سيرورة اين يكون فيها كل عامل من الشخصية مرتبط بالعوامل الأخرى، وأن الشخصية ككل تعتمد على التطور الصحيح لكل مكوناتها، هذا المنظور نفسه يمكن العثور عليه في نظرية بيهلر (Buhler, 1935) الذي أكد على ما يأتي (على الرغم من وجود الفروق الفردية هناك تسلسل منتظم بخصوص الاحداث والتجارب والانجازات في حياة الإنسان (Hidalgo, et.al, 2010) (Wells, 2014). ومن خلال مزيج من الجهود النظرية والتجريبية، اوضحت نيوغرتين Neugarten تحديات شخصية محددة في منتصف العمر وعند الشيخوخة فقد صورت العمليات التنفيذية في منتصف العمر وهي الوعي الذاتي والانتقائية والمعالجة والهيمنة على البيئة والتكّن والكفاءة وقد وصفت التغيير المذهل الظاهر في سلوك المسؤول التنفيذي في منتصف العمر الذي يدير ويجسد حياة مهنية متطلبة، ويفرق بين المسؤوليات المواد تفويضها للآخرين وتلك يجب أن يكملها بنفسه وإدارته لإرضاء العديد من الحاجات العاطفية والجمالية، وقد وصف نيوغرتين الفرد البالغ من العمر ٦٠ عاماً بأنه أكثر توافقاً وتواءماً لمطالب الحياة والعالم الخارجي، وهذا التحول الأساسي من وظائف الأنا، ويعرف باسم العملية الداخلية وربما من خلال هذا المنعطف الداخلي تمكّن المرء من تحقيق التكامل العاطفي الذي وصفه اريكسون (Ryff, 1982, p. 211). وبالأستناد على مراجعة شاملة (النظريات العمليات التنفيذية للشخصية لنيوغرتين والنضج لألبورت والتوظيف الكامل للفرد لروجرز وتحقق الذات لماسلو، والتفرد ليونك والصحة النفسية لجهودا والارتقاء الشخصي لاريكسون، وميول الحياة الأساسية لبيفلر، حاولت رايف Ryff دمج البنى المتفرقة في أدبيات الأداء النفسي للفرد الى نموذج متعدد الأبعاد لذلك قُدمت إطاراً نظرياً متكاملاً وأكثر شمولاً للرفاهية النفسية في الادبيات (Ryff, 1982). ومن خلال الشكل التالي، يتم توضيح الأبعاد الأساسية للرفاهية النفسية وفقاً لنظرية رايف 2014, Ryff.



أبعاد الرفاهية النفسية وخصائصه عند الأفراد:

أولاً/ أبعاد الرفاهية النفسية: هي الاستقلال الذاتي، التمكّن البيئي، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، الحياة الهادفة، النمو الشخصي، وتقبّل الذات (Afework, 2013, p.14).

الاستقلال الذاتي: عاينت (Ryff, 1989) الاستقلال الذاتي بسمات مثل تقرير المصير والاستقلال الضبط الداخلي وأفكار وتصرفات المرء ينبغي ألا يتمّ تحديدها من أسباب خارجة عن سيطرة الفرد (Afework, 2013, p.15) وهذا العنصر هو متأثر بشدة بالعوامل الثقافية، فإنّ بعض الثقافات تسمح للناس بالحصول على حرية كبيرة بالمقارنة بغيرها (Shahidi, 2013, p.17-18).

التمكّن البيئي: هو الشعور بالهيمنة على البيئة، والاستخدام الفعّال للفرص المحيطة بها (Rezaei Dogaheh et.al, 2013) كما تستلزم القدرة على التعامل والتحكّم في بيئات معقدة وأيضاً قدرة الفرد على التقدّم في العالم وتغييره بشكل خلاق من خلال الأنشطة العقلية أو البدنية وهذه المشاركة الفعّالة في التمكنّ من البيئة هي المكونات الرئيسة في إطار متكامل من الاداء النفسي الإيجابي (Afework, 2013) (Ryff and Singer, 1998). يتضمن التمكنّ البيئي إدارة تحديات العالم المحيط بالفرد ويتطلب التحكّم في البيئة بقدرات وكفاءات لإعداد بيئات مناسبة لحاجات الفرد الشخصية والمحافظة عليها بمعنى أيضاً رؤية إيجابية وليست سلبية لمعادلة الفرد- البيئة، وكيف يتناسب كلّ منها الآخر ويحدث هذا في السياقات كلها في العمل، في الأسرة في المجتمع المحلي، والسيطرة البيئية بالنسبة لمعظم الأفراد وهي نوع من التحديات المستمرة طوال الحياة وهذا الجانب من الرفاهية النفسية، يبرز المبادرة الشخصية المستمرة والمتطلبة لبناء ورعاية بيئات العمل والأسرة (معمرية، ٢٠١٢).

العلاقات الإيجابية مع الآخرين: استناداً لرايف (Ryff, 1989) أن العلاقات الإيجابية معياراً لتشخيص الاضطرابات النفسية (Shahidi, 2013)، فقد وضّحت Ryff وسنجر (Ryff and Singer, 1998) أن العلاقات الإيجابية بالآخرين من أهم مؤشرات ومعالج الصحة النفسية والرفاهية النفسية، حيث المحت العديد من نظريات الشخصية الى أهمية العلاقات والأشخاص المؤكدين لذواتهم بامتلاكهم مشاعر قوية من التعاطف والحب لكل الكائنات البشرية وبامتلاكهم صداقات حميمة وهي أحد محكات النضج (معمرية، ٢٠١٢).

الحياة الهادفة: وتعني وجود هدف في الحياة والاعتقاد أن الماضي والحياة الحاضرة ذات معنى (Rezaei Dogaheh, 2013) وبغض النظر عن أنواع الأهداف التي يتم اختيارها، ينبغي أن يتمّ اختيارها واقعياً وينبغي أن تحفّز وتوجّه السلوك (Santrock et.al, 2005) وهذا الجانب منحدر من أفكار الفلاسفة أمثال Sartar وفقد صوروا أن الحياة الهادفة كعامل أساسي يحفّز على النمو البشري وأشارت Ryff أن العديد من النظريات النفسية مثل نظرية البورت Alport للشخصية تحدد الحياة الهادفة كعامل أساسي للنضج (Ryff and Singer, 2008).

النمو الشخصي: وضحت (Ryff, 1989) أن النمو الشخصي هو القدرة المستمرة على تطوّر إحدى الامكانيات (Afework, 2013, p.13) فقد وضّحت رايف Ryff على أن من أهم المؤشرات الدالة على الرفاهية النفسية والوظيفة الإيجابية هو الشعور المستمر بالنمو ونضج الذات والانفتاح على الخبرات الجديدة وإدراك الفرد لامكانياته وتحسين الذات والسلوك الذي يعكس فعاليتها بعد النضج (شند وآخرون، ٢٠١٣).

تقبّل الذات: هو موقف إيجابي اتجاه الذات والتقبّل للمظاهر المختلفة منها مثل الجوانب الجيدة والسيئة عن الحياة الماضية (Rezaei et.al, 2013). وأشار كفاي ١٩٩٠ الى أن تقبّل الفرد لذاته يعني أن يتقبّل إيجابياتها وسلبياتها وألا يرفضها أو يكرهها، لأن رفض الذات أو كراهيتها يترتب عليه عجز الفرد عن تقبّل الآخرين تقبّلاً حقيقياً، و تقبّل الفرد لذاته لا يعني بالطبع الرضا السلبي عن الذات بل أن هذا التقبّل لا يمنع من نقد الفرد لذاته ومحاسبتها وأن يقيم الفرد سلوكه لحالة من تطوير الذات، وألا يمنع الفرد بتقبّل ذاته كما هي بل عليه أن يحاول تحسينها وتطويرها من خلال التأكيد على جوانب القوة ومحاولة التغلّب على نقاط الضعف والتخلّص من العيوب والتقليل من أثرها على الأقل، فتقبّل الذات بداية لتحسينها لأن من يرفض ذاته لا يحاول تطويرها (شند وآخرون، ٢٠١٣).

ثانياً/ خصائص الرفاهية النفسية عند الأفراد قدمت رايف وسنجر (Ryff and Singer, 2008) وصفاً تفصيلياً لخصائص الأفراد وأضافوا فكرة ارتفاع وانخفاض الرفاهية النفسية بحيث انقسمت خصائص ذوي الرفاهية النفسية الى قسمين ففي مجال الاستقلالية ترى أن الأفراد يتمتعون بدرجات عالية من الرفاهية النفسية ولديهم القدرة على اتخاذ القرار بمحض إرادتهم ومقاومة الضغوط الاجتماعية التي تقف حائلاً دون قدرتهم على اتخاذ القرار كذلك يمتلكون مهارة التفكير المنطقي والتفاعل بطرق عديدة وضبط انفعالاتهم وسلوكهم في مختلف المواقف في حين يتأثر الأفراد منخفضي الرفاهية النفسية بالضغوط الاجتماعية في اتخاذ القرار ويخضعون لأحكام الآخرين وقراراتهم. وفي مجال التمكن البيئي فإن الأفراد لديهم كفاءة عالية في إدارة البيئة وترويضها لصالحهم والعمل بفاعلية على اقتناص الفرص المناسبة واستغلالها على أكمل وجه من أجل النهوض بحياتهم وذواتهم وهذا ما يميز مرتفعي التمكن البيئي أما الأفراد الذين يجدون صعوبة بالغة في إدارة شؤون حياتهم اليومية ويشعرون بعدم القدرة على تحسين البيئة المحيطة بهم وليس لديهم الوعي الكافي بالفرص المناسبة لقدراتهم وميولهم واهتماماتهم كل ذلك ما يميز الأفراد منخفضي التمكن البيئي. أما في مجال النمو الشخصي فإن العمل المستمر على تطوير الشخصية والانفتاح على الخبرات والمعارف الجدية ومرونة التفكير في التعامل مع المواقف الحياتية، والشعور بالتفاؤل والتحسين المستمر للذات والسلوك يعد من أهم ما يميز به الأفراد مرتفعي النمو الشخصي وعدم القدرة على امتلاك خبرات جديدة بمرور الوقت وقلة الاستمتاع بالحياة والجمود في التعامل مع الازمات والمواقف الجدية، أما في مجال العلاقات الإيجابية مع الآخرين فقد توصلت رايف Ryff and Singer الى أن الدفء والثقة بالآخرين والاهتمام بهم وتكوين صداقات حقيقية معهم على أساس الاحترام المتبادل والثقة والتعاون والعطاء من أهم ما يميز الأفراد مرتفعي الرفاهية النفسية أما الأفراد منخفضي الرفاهية النفسية فتراهم يجدون صعوبات كبيرة في تكوين علاقات جيدة مع الآخرين، وإن وجدت فإنها تتميز بعدم الثقة والتشكيك والاحباط وتدني الاحترام. وأيضاً أن الشعور الهنيء بالحياة الهادفة ووضع الأهداف السامية والسعي الدؤوب لتحقيقها من أهم ما يوصف به من يتمتعون بدرجات عالية من الرفاهية النفسية، أما الآخرون فلا معنى حقيقي للحياة لديهم وليس لديهم المهارة والقدرة الكافية على تحديد نظرتهم وماذا يريدون، وإن وجدت فلا يملكون خطاً واضحة لتحقيق اهدافهم (الجندي وعبد الثلاثمة ٢٠١٧). أما مرتفعي الرفاهية النفسية في مجال تقبل الذات فتخصّ الاتجاهات الموجبة نحو الذات مع التقبّل الظاهر لها بما تشمله من ايجابيات وسلبيات والشعور الإيجابي عن الحياة الماضية ويقابلها الشعور بعدم الرضا عن الذات والشعور بخيبة الأمل نحو الحياة الماضية والانزعاج المستمر من الأشخاص والاحساس بأنهم مختلفين عنهم وهذا ما يميز منخفضي هذا المجال في الرفاهية النفسية (محمد عبد القادر، ٢٠١٧).

الفصل الثالث إجراءات البحث:

سوف يتمّ بهذا الفصل عرض المنهجية المتبعة والتي اختارتها الباحثة بعد الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير فقد اختارت المنهج الوصفي وهو منهج مناسب لأنه يهتمّ بتحديد وتوضيح الظاهرة كما هي في الواقع من خلال وصفها وصفاً دقيقاً والتعبير عنها كمياً وكيفياً (ملحم، ٢٠٠٢، ص ٣٥٢).

مجتمع الدراسة: يتحدد مجتمع البحث الحالي بمرضى ومرضى، مستشفيات جانب الرصافة وادناه جدول يوضح تفاصيل مجتمع الدراسة من مرضى ومرضى* جدول (١) مجتمع البحث الكلي بأسماء مستشفيات محافظة بغداد/جانب الرصافة وأعداد المرضى والمرضى

٢٠٢١

ت	الرصافة/أسم المستشفى	ذكر	أنثى	المجموع
١	مستشفى ابن البلدي للأطفال والنسائية.	٢٩٠	٨٣	٣٧٥
٢	مستشفى ابن الخطيب	٢٥	٤٥	٧٠
٣	مستشفى ابن القف/إصابات الحبل الشوكي	٤٣	٧٨	١٢١
٤	مستشفى ابن النفيس	١٤٢	٧٤	٢١٦
٥	مستشفى ابن الهيثم	٤١	٤٤	٨٥
٦	مستشفى ابن رشد التدريبي للطب النفسي	١٢	١٩	٣١
٧	مستشفى ابن زهر	١٧	٢٠	٣٧
٨	مستشفى أطفال العلوية	٨٤	٥٩	١٤٣
٩	مستشفى الإمام علي (عليه السلام) العام	١٩٤	١٣٥	٣٢٩

١٠	مستشفى الدكتور سعد الوتري	٥٦	٧٧	١٣٣
١١	مستشفى العلوية للولادة	٢٤٦	٥	٢٥١
١٢	مستشفى الشهيد ضاري الفياض	١٢٤	٦٣	١٨٧
١٣	مستشفى الزعفرانية العام	١٨٠	٤٧	٢٢٧
١٤	مستشفى الشهيد الصدر العام	١١٧	١٢٦	٢٤٣
١٥	مستشفى الشيخ زايد العام	١٢٣	٥٥	١٧٨
١٦	مستشفى الرشاد	١٥٩	١٥١	٣١٠
١٧	مستشفى الكندي التعليمي	٣٠٣	١٣٩	٤٤٢
١٨	مستشفى فاطمة الزهراء (عليها السلام) النسائية والتوليد	٢٦	٣٢	٥٨
١٩	مستشفى كمال السامرائي	٦٥	٦	٧١
٢٠	مستشفى النعمان العام	١٧١	٥٧	٢٢٨
٢١	مستشفى الواسطي التعليمي	٦٩	٢٦	٩٥
٢٢	مستشفى جراحة الجملة العصبية التعليمي	٣٠٣	٤٣	٣٤٦
23	مستشفى المدائن العام	٦٥	٥٧	١٢٢

عينة البحث:

اختُبرت عينة البحث بالطريقة العشوائية من المستشفيات التي تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة فقد تكونت عينة البحث من (٢٠٠) ممرض وممرضة بواقع (١٠٠) ممرض و (١٠٠) ممرضة من بعض مستشفيات بغداد جانب الرصافة كما مدونة في الجدول أدناه:

جدول (٢) توزيع أفراد عينة المرضى والمرضى حسب المستشفى والجنس ٢٠٢١

ت	أسم المستشفى	ذكر	أنثى	المجموع
١	مستشفى ابن النفيس	٢٠	١٥	٣٥
٢	مستشفى ابن الهيثم	١٠	١٠	٢٠
٣	مستشفى ابن البلدي للأطفال والنسائية	٢٠	٢٠	٤٠
٤	مستشفى الزعفرانية العام	٢٠	٢٠	٤٠
٥	مستشفى الكندي التعليمي	٢٠	٢٠	٤٠
٦	مستشفى النعمان العام	١٠	١٥	٢٥
	المجموع	١٠٠	١٠٠	٢٠٠

أداتا البحث:

أولاً/ أداة اللاتيهذيب: بعد الاطلاع على عدد من الدراسات التي تناولت المتغير والتي تبحث اللاتيهذيب وجد أن مقياس (Guidroz , 2010) هو الأنسب لعينة البحث لأنه يتم إعداده لهذه العينة والمكون من (٤٢) فقرة، إذ يتكون من خمسة مجالات (مجال تفاعل المرضى والمرضى مع الآخرين (الأطباء، الممرضين، والعاملين) والمكون من ٩ فقرات، ومجال تفاعل المرضى مع الممرضين الآخرين المكون من ١٠ فقرات، ومجال تفاعل المرضى مع مشرفيهم المكون من ٧ فقرات، ومجال تفاعل المرضى مع الأطباء المكون من ٧ فقرات ومجال تفاعل المرضى مع المرضى وذويهم المكون من ٩ فقرات). وذات بدائل خماسية (لا أوافق بشدة "١"، لا أوافق "٢"، لا أوافق ولا أرفض "٣"، أوافق "٤"، أوافق بشدة "٥").

صدق الترجمة: لتحقيق صدق الترجمة الخاصة بمقياس اللاتيهذيب المكون من (٤٢) فقرة مقسمة على خمسة مجالات قامت الباحثة بترجمتها الى اللغة العربية ثم تم عرضها على مجموعة من المختصين في مجال الترجمة وعلم النفس* وطلب منهم إبداء رأيهم بخصوص الترجمة المقترحة مع الإشارة كونها صادقة أو غير صادقة واقتراح التعديلات المناسبة للترجمة إن وجدت وقد حصلت جميع الفقرات على نسبة اتفاق ١٠٠٪ وبذلك استبقت جميع الفقرات كما في ملحق (١).

صلاحيّة الفقرات بعد التأكد من صدق ترجمة مقياس اللاتهذيب وتحديد مجالاته الخمسة، قامت الباحثة بعرضها الفقرات مع تعليمات المقياس وبدائل الإجابة لغرض التعرّف على صلاحيتها بعرضه على مجموعة من الخبراء من علم النفس المدونة اسمائهم في ملحق (٢) بعد تحديد الهدف من الدراسة والتعريف النظري المعتمد في دراسة المتغيّر والنظرية المعتمدة في إعداد المقياس ملحق (٣) حصلت الباحثة على نسبة اتفاق ١٠٠٪ ولجميع الفقرات.

تعليمات مقياس اللاتهذيب: حرصت الباحثة على أن تكون تعليمات المقياس واضحة وسهلة ودقيقة، يطلب من المستجيبين الإجابة عن المقياس بكل صدق على كل فقرة من فقرات المقياس واختيار الإجابة على وفق البديل الذي يراه المستجيب مناسب له، وتم توضيح أن الإجابة لغرض البحث العلمي، ولا داعي لذكر الاسم وأن الإجابة لن يطلع عليها سوى الباحثة وذلك لضمانة المستجيب (المرضى والمرضى) على سرية الإجابة والتغلب على عامل الرغبة الاجتماعية، وتم إعداد مثال يوضح طريقة الإجابة على المقياس.

تطبيق مقياس اللاتهذيب تم تطبيق المقياس المكوّن فقراته من (٤٢) فقرة وذات بدائل خماسية على (٢٠٠) مريض ومرضى بواقع (١٠٠ مريض) و (١٠٠ ممرضة) تم اختيارهم عشوائياً كما ذكر ذلك في عينة البحث.

تصحيح مقياس اللاتهذيب: لأجل استخراج درجات استجابة المرضى والمرضى على المقياس لابدّ من توضيح الإجابة عن المقياس، وهنا بدائل الإجابة خماسية متدرج من (١) الى (٥) كما تم توضيح ذلك مسبقاً.

تحليل فقرات مقياس اللاتهذيب بعد تصحيح الاستمارات البالغة ٢٠٠ استمارة لغرض إجراء تحليل فقرات المقياس وقد اتبعت الباحثة حسب الدراسات السابقة للمقياس إجراء علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية وعلاقة درجة المجال بالدرجة الكلية، وقد تبين أن جميع معاملات ارتباط الفقرات هي دالة إحصائياً عند مقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية التي تساوي (٠.٢٥٤) عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية ١٩٨ عدا الفقرتين (٢٢، ٢١)، كما موضح في جدول (٣).

علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية: قامت الباحثة باستخراج معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation بين درجة الفقرة بالدرجة الكلية، واستخراج علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال. وقد تبين أن جميع معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية هي دالة إحصائياً عند مقارنتها بالقيمة النائية عدا فقرتين (٢٢، ٢١) فقد تمت مقارنة الدرجة النائية بالدرجة النائية الجدولية البالغة ٠.١٤٩ عند مستوى دلالة (٠.٠١) وعدد أفراد عينة (٢٠٠) كما مدوّن في الجداول ٦، ٥، ٤. جدول (٤) قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس اللاتهذيب

الفقرة	قيمة r	قيمة t	الفقرة	قيمة r	قيمة t	الفقرة	قيمة r	قيمة t
١	٠.٨٠	٢٠	١٥	٠.٧٦	١٦	٢٩	٠.٤٨	٧.٦
٢	٠.٧٩	١٨	١٦	٠.٦٦	١٢	٣٠	٠.٨٠	١٨
٣	٠.٢٦	٣.٧	١٧	٠.٨٧	٢٤.٨	٣١	٠.٧١	١٤.١
٤	٠.٤٥	٧	١٨	٠.٧٧	١٦.٩	٣٢	٠.٨٣	٢١
٥	٠.٣٧	٥.٦٦	١٩	٠.٤٦	٧.٢٦	٣٣	٠.٧٢	١٤.٥
٦	٠.٥١	٨.٣٤	٢٠	٠.٣١	٤.٥٨	٣٤	٠.٦٣	١٢
٧	٠.٤٤	٦.٨٩	٢١	٠.٣٠	٠.٤٢	٣٥	٠.٧٦	١٦
٨	٠.٥١	٨.٣٤	٢٢	٠.٥٧	٠.٨٠	٣٦	٠.٦٢	١١
٩	٠.٤١	٦.٣٢	٢٣	٠.٦٦	١٢	٣٧	٠.٤١	٦.٣٢
١٠	٠.٨٣	٢٠.٩	٢٤	٠.٦٧	١٢.٢	٣٨	٠.٥٨	١٠
١١	٠.٢٤	٣.٤٧	٢٥	٠.٨٢	٢٠	٣٩	٠.٧٦	١٦
١٢	٠.٢٤	٣.٤٧	٢٦	٠.٣٢	٧.٧٦	٤٠	٠.٧١	١٤.١٨
١٣	٠.٤٧	٧.٤	٢٧	٠.٧١	١٤	٤١	٠.٨٠	١٨
١٤	٠.٦٧	١٢	٢٨	٠.٣١	٤.٥٨	٤٢	٠.٧٤	١٥

جدول (٥) قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بدرجة المجال لمقياس اللاتهذيب

تفاعل المرضى مع الآخرين (أطباء، ممرضين وعاملين)			تفاعل المرضى مع الممرضين مع			تفاعل المرضى مع الأطباء			تفاعل المرضى مع المرضى و ذويهم		
الفقر	قيمة t	قيمة f	الفقر	قيمة t	قيمة f	الفقر	قيمة t	قيمة f	الفقر	قيمة t	قيمة f
١	٠.٤	٠.٤	١٠	٠.٦	١٢	٢٠	٠.٧	١٤	٣٤	٠.٧	١٥
٢	٠.٧	٠.٧	١١	٠.٣	٤.٧	٢١	٠.٧	١٤	٣٥	٠.٧	١٦
٣	٠.٨	٠.٨	١٢	٠.٣	٤.٧	٢٢	٠.٨	٢٤	٣٦	٠.٧	١٦
٤	٠.٩	٠.٩	١٣	٠.٦	١١	٢٣	٠.٧	١٦	٣٧	٠.٦	١٣
٥	٠.٩	٠.٩	١٤	٠.٨	٢٣	٢٤	٠.٧	١٦	٣٨	٠.٨	٢١
٦	٠.٨	٠.٨	١٥	٠.٩	٣٣	٢٥	٠.٧	١٥	٣٩	٠.٨	٢٤.٨
٧	٠.٩	٠.٩	١٦	٠.٦	٩.٥	٢٦	٠.٨	٤.٧	٤٠	٠.٩	٤٦
٨	٠.٩	٠.٩	١٧	٠.٧	١٧	٢٧	٠.٧	٤.٧	٤١	٠.٩	٣٨
٩	٠.٤	٠.٤	١٨	٠.٩	٥٦	٢٨	٠.٩	٥٦	٤٢	٠.٩	٢٩.٠
			١٩	٠.٦	١٣						

صدق مقياس اللاتهذيب:

يُعدّ الصدق من الشروط المهمة الواجب توافرها في الاختبارات والمقاييس النفسية ونعني به قدرة الأداة على قياس ما أعدت لقياسه فعلاً (محمد، ٢٠١٢، ص ٧٨) ولقد تمّ التحقق من صدق مقياس اللاتهذيب من خلال الآتي:

١. صدق الترجمة Translation Validity: التحقق من هذا النوع من الصدق لمقياس اللاتهذيب عن طريق عرض التعليمات والفقرات البالغة (٤٢) فقرة كما في ملحق (١) مقسمة على خمسة مجالات الى اللغة العربية مع الفقرات الأصلية (باللغة الانكليزية) على مجموعة من المختصين في ميدان الترجمة وعلم النفس، وقد تمّ توضيح ذلك سابقاً في ترجمة المقياس.

٢. الصدق الظاهري للمقياس: يمثل أحد مؤشرات الصدق الضروري والمهم للمقياس، لأنها أفضل طريقة للتأكد من صدق المقياس، من خلال عرضه على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس لمعرفة صلاحية الفقرات من حيث تمثيلها للظاهرة المراد قياسها (Ebel, 1972, 555)، وقد تمّ عرض فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء، كما تم توضيحه في صلاحية الفقرات.

٣. الصدق البناء Construct Validity: يُعدّ صدق البناء معياراً رئيساً لتقييم جودة المتغير، ويتعلق صدق البناء بالاستدلالات الخاصة بالدراسة وصدق البناء هدفه الأساسي في القياس عن ما الذي تقيسه هذه الأداة حقاً، وأن التحقق في صدق البناء يتم التحقق منه بعدة طرق (Cronbach, 1964, 121)، وقد تمّ التحقق هذا النوع من الصدق على اختبار الفرضية (المقياس اللاتهذيب) والتي تنصّ على أن العلاقة بين المجالات الخمسة لمقياس اللاتهذيب ترتبط مع بعضها البعض ارتباطاً إيجابياً. (عباس وآخرون، ٢٠٠٩) وقد تحقق هذا النوع من

الصدق بعد استخراج مصفوفة معاملات الارتباط بين مجالات اللاتهذيب عند المرضى والمرضى كما في جدول (٦). جدول (٦) مصفوفة

معاملات الارتباط بين درجات مقياس اللاتهذيب ومجالاته

المجالات	اللاتهذيب	تفاعل المرضى مع الآخرين	تفاعل المرضى مع المرضى الآخرين	تفاعل المرضى مع مشرفيهم	تفاعل المرضى مع الأطباء	تفاعل المرضى مع ذويهم
اللاتهذيب	١	٠.٦٣	٠.٨٦	٠.٧١	٠.٨٤	٠.٨٠
تفاعل المرضى مع الآخرين	٠.٦٣	١	٠.٦٨	٠.١١	٠.١٩	٠.٢٣
تفاعل المرضى مع المرضى الآخرين	٠.٦٨	٠.٦٨	١	٠.٦٨	٠.٥٥	٠.٤٦
تفاعل المرضى مع مشرفيهم	٠.٧١	٠.١١	٠.٦٨	١	٠.٧٣	٠.٤٥
تفاعل المرضى مع الأطباء	٠.٨٤	٠.٩	٠.٥٥	٠.٧٣	١	٠.٩٠
تفاعل المرضى مع المرضى وذويهم	٠.٨٠	٠.٢٣	٠.٤٦	٠.٤٥	٠.٩٠	١

وبهذا تحقق صدق البناء في مقياس اللاتهذيب بعد تطابق النتائج في مصفوفة معاملات الارتباط بين مجالات المقياس الحالي مع النظرية.

ثبات مقياس اللاتهذيب:

يشير الثبات Reliability الى دقة واتساق المعلومات التي تم الحصول عليها في الدراسة، إذ يعد ثبات الأداة هي أحد المعايير الرئيسية لتقييم جودة الدراسة، أي بمعنى أن ثبات الأداة هو الاتساق الذي به نقيس السمة والهدف، إذ كلما قلّ التباين الذي ينتج عن الأداة عند اختبارها على العينة نفسها في القياسات المتكررة كلما زاد الثبات (محمد، ٢٠١٢، ص ٨١) لتحقيق مؤشر الثبات لمقياس اللاتهذيب استعملت الباحثة طريقة ألفا كرونباخ 1951 Cronbach alpha لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للاختبار، ويمثل متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار الى أجزاء بطرائق مختلفة، وهو مستعمل عندما تكون الإجابة غير ثنائية (عبدالرحمن، ٢٠٠٨، ص ١٨٦)، أي تكون على استجابات متعددة وتغطي أوزاناً مختلفة والتي قد تكون على أربع أو خمسة أوزان، (Domino & Domino, 2006, p.47) ولاستخراج ثبات المقياس الحالي بطريقة الاتساق الداخلي لمقياس اللاتهذيب المكون بصيغته النهائية من ٤٠ فقرة استعملت الباحثة معادلة (ألفا) إذ اعتمدت الباحثة في إيجاد الثبات وفقاً لهذه الطريقة على استمارات العينة البالغة (٢٠٠) وقد تراوح ثبات المقياس المكون من خمسة مجالات، فقد بلغ مجال تفاعل المرضى مع الآخرين المكون من (٩) فقرات بلغ (٠.٩١). و مجال تفاعل المرضى مع المرضى الآخرين المكون من (١٠) فقرات بلغ (٠.٨٨)، أما مجال تفاعل المرضى مع مشرفيهم المكون من (٥) فقرات بلغ (٠.٨١)، أما مجال تفاعل المرضى مع الأطباء المكون من (٧) فقرات بلغ (٠.٨٩)، أما مجال تفاعل المرضى مع المرضى وذويهم المكون من (٩) فقرات بلغ (٠.٩٤)، ولكل المقياس المكون من (٤٠) فقرة فقد بلغت قيمة ألفا كرونباخ (٠.٩٥).

ثانياً/ مقياس الرفاهية النفسية: تبنت الباحثة مقياس راييف Reffy, 2008 من (٤٢) فقرة لأنها اعتمدت نظريته بالرفاهية النفسية و المكون من (٦) مجالات مجال الاستقلالية المكون من (٨) فقرات ومجال التمكن البيئي المكون من (٧) فقرات، مجال النمو الشخصي المكون من (٦) فقرات، ومجال العلاقات الإيجابية مع الآخرين المكون من (٧) فقرات، ومجال الحياة الهادفة المكون من (٧) فقرات، ومجال تقبل الذات المكون من (٧) فقرات وذات بدائل خماسية (أوافق بشدة، أوافق بدرجة متوسطة، أوافق بدرجة قليلة، أرفض بدرجة متوسطة، أرفض بشدة). وقد استعانت الباحثة بالنسخة العربية الموجودة في الدراسات العربية مثل دراسة العنزي، ودراسة خوري ودراسة خرنوب ودراسة الزهراني.

التحقق من صلاحية فقرات الرفاهية النفسية: قامت الباحثة بعرض فقرات المقياس المكون من ٤٢ فقرة موزعة على (٦) مجالات كما ذكرنا ذلك سابقاً مع التعريف النظري وبدائل الإجابة على مجموعة من الخبراء والمختصين في علم النفس المدونة أسمائهم في ملحق (٢) بعد تحديد هدف الدراسة وقد حصلت الباحثة على نسبة اتفاق ١٠٠٪ ولجميع الفقرات، ملحق رقم (٣).

تعليمات مقياس الرفاهية النفسية: حرصت الباحثة على أن تكون تعليمات المقياس واضحة وسهلة ودقيقة، إذا يُطلب من المُستجيب (المرضى والمرضى) الإجابة عن المقياس بكل صدق على كل فقرة من فقرات المقياس واختيار الإجابة على وفق البديل الذي يراه المُستجيب ينطبق عليه، وتم توضيح أن الإجابة لأغراض البحث العلمي ولا داعي لذكر الاسم وأن الإجابة لن يطلع عليها سوى الباحثة وذلك لضمانة المُستجيب والتغلب على عامل الرغبة الاجتماعية، وتم إعداد مثال يوضح طريقة الإجابة على المقياس.

تطبيق مقياس اللاتهذيب يتم تطبيق مقياس الرفاهية النفسية المكون من (٤٢) فقرة مرفق مع مقياس اللاتهذيب وذات بدائل خماسية على (٢٠٠) مريض ومرضة بواقع (١٠٠) مريض و (١٠٠) ممرضة تم اختيارهم عشوائياً كما ذكر ذلك في عينة البحث.

تصحيح مقياس الرفاهية النفسية: لأجل استخراج درجات استجابة المرضى والمرضى على المقياس لأبداً من توضيح الإجابة عن المقياس وهي بدائل خماسية مندرج من ١ الى ٥ كما وضعنا ذلك سابقاً.

تحليل مقياس الرفاهية النفسية: بعد تصحيح الاستمارات البالغة (٢٠٠) استمارة لغرض إجراء تحليل فقرات المقياس، وقد اتبعت الباحثة حسب الدراسات السابقة للمقياس إجراء علاقة درجة الفقرة وبالدرجة الكلية وعلاقة درجة الفقرة بدرجة المجال وقد تبين أن جميع معاملات ارتباط الفقرات هي دالة إحصائياً عند مقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية التي تساوي ١.٩٨ عند مستوى ٠.٠٥ وبدرجة حرية ١٩٨ كما في جدول (٧). جدول (٧) يمثل علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الرفاهية النفسية

الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة
ة	ر	ت	ة	ر	ت	ة	ر	ت	ة	ر	ت	ة	ر	ت
١	٠.٢	٣.٤	١٠	٠.٧	١٦	١٩	٠.٦	١٠	١٦	٠.٧	١٠	٣.٤	٠.٢	٣.٤
٤	٠.٢	٣.٤	١٠	٠.٧	١٦	١٩	٠.٦	١٠	١٦	٠.٧	١٠	٣.٤	٠.٢	٣.٤
٢	٠.٤	٧.٢	١١	٠.٨	٢١	٢٠	٠.٧	١٦	٢١	٠.٨	١١	٧.٢	٠.٤	٧.٢
٦	٠.٤	٧.٢	١١	٠.٨	٢١	٢٠	٠.٧	١٦	٢١	٠.٨	١١	٧.٢	٠.٤	٧.٢
٣	٠.٤	٦.٣	١٢	٠.٣	٤.٥	٢١	٠.٥	٩.٢	٢١	٠.٥	٩.٢	٢١	٠.٥	٩.٢
١	٠.٤	٦.٣	١٢	٠.٣	٤.٥	٢١	٠.٥	٩.٢	٢١	٠.٥	٩.٢	٢١	٠.٥	٩.٢
٤	٠.٣	٥.٧	١٣	٠.٦	١٠	٢٢	٠.٣	٥.٧	٢٢	٠.٣	٥.٧	٢٢	٠.٣	٥.٧
٨	٠.٣	٥.٧	١٣	٠.٦	١٠	٢٢	٠.٣	٥.٧	٢٢	٠.٣	٥.٧	٢٢	٠.٣	٥.٧
٥	٠.٥	٩.٢	١٤	٠.٤	٦.٣	٢٣	٠.٦	١١	٢٣	٠.٦	١١	٩.٢	٠.٥	٩.٢
٥	٠.٥	٩.٢	١٤	٠.٤	٦.٣	٢٣	٠.٦	١١	٢٣	٠.٦	١١	٩.٢	٠.٥	٩.٢
٦	٠.٥	٩.٢	١٥	٠.٢	٣.٧	٢٤	٠.٤	٦.٣	٢٤	٠.٤	٦.٣	٢٤	٠.٥	٩.٢
٥	٠.٥	٩.٢	١٥	٠.٢	٣.٧	٢٤	٠.٤	٦.٣	٢٤	٠.٤	٦.٣	٢٤	٠.٥	٩.٢
٧	٠.٢	٣.٣	١٦	٠.٨	٢٧	٢٥	٠.٥	٩.٠	٢٥	٠.٥	٩.٠	٢٥	٠.٢	٣.٣
٣	٠.٢	٣.٣	١٦	٠.٨	٢٧	٢٥	٠.٥	٩.٠	٢٥	٠.٥	٩.٠	٢٥	٠.٢	٣.٣
٨	٠.٢	٣.٧	١٧	٠.٢	٣.٢	٢٦	٠.٤	٦.٨	٢٦	٠.٤	٦.٨	٢٦	٠.٢	٣.٧
٦	٠.٢	٣.٧	١٧	٠.٢	٣.٢	٢٦	٠.٤	٦.٨	٢٦	٠.٤	٦.٨	٢٦	٠.٢	٣.٧
٩	٠.٥	٨.٣	١٨	٠.٤	٧.٢	٢٧	٠.٨	١٩	٢٧	٠.٨	١٩	٢٧	٠.٥	٨.٣
١	٠.٥	٨.٣	١٨	٠.٤	٧.٢	٢٧	٠.٨	١٩	٢٧	٠.٨	١٩	٢٧	٠.٥	٨.٣

جدول (٨) قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بدرجة المجال لمقياس الرفاهية النفسية

الاستقلالية			التمكن البيئي			النمو الشخصي			العلاقات الإيجابية مع الآخرين			تقبل الذات		
الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة	الفقر	قيمة	قيمة
ة	ر	ت	ة	ر	ت	ة	ر	ت	ة	ر	ت	ة	ر	ت
١	٠.٥	٩	٨	٠.٥	٩	١٥	٠.٥	٩	٢٢	٠.٧	١٨	٢٩	٠.٩	٣٠
٩	٠.٥	٩	١	٠.٥	٩	٤	٠.٥	٩	٩	٠.٧	١٨	٢٩	٠.٩	٣٠
٢	٠.٦	١٣.٤	٩	٠.٨	٢١	١٥	٠.٧	١٦	٢٣	٠.٨	٢٧	٣١	٠.٥	٩.٦
٩	٠.٦	١٣.٤	٩	٠.٨	٢١	١٥	٠.٧	١٦	٢٣	٠.٨	٢٧	٣١	٠.٥	٩.٦
٣	٠.٥	١٠.٢	١٠	٠.٨	٢١	١٥.٩	٠.٧	١٧	٢٤	٠.٨	٢٦	٣١	٠.٧	١٥
٩	٠.٥	١٠.٢	١٠	٠.٨	٢١	١٥.٩	٠.٧	١٧	٢٤	٠.٨	٢٦	٣١	٠.٧	١٥
٤	٠.٢	٣.٩٥	١١	٠.٩	٣٣	١٨	٠.٨	١٩.٤	٢٥	٠.٦	١١	٣٢	٠.٨	٢٣
٧	٠.٢	٣.٩٥	١١	٠.٩	٣٣	١٨	٠.٨	١٩.٤	٢٥	٠.٦	١١	٣٢	٠.٨	٢٣
٥	٠.٦	١١.٧	١٢	٠.٦	١٢	١٩	٠.٧	١٤.٨	٢٦	٠.٩	٢٩	٣٣	٠.٦	١٢
٤	٠.٦	١١.٧	١٢	٠.٦	١٢	١٩	٠.٧	١٤.٨	٢٦	٠.٩	٢٩	٣٣	٠.٦	١٢
٦	٠.٧	١٣.٧	١٣	٠.٨	١٩	٢٠	٠.٤	٦.٨٩	٢٧	٠.٦	١٣	٣٤	٠.٧	١٦
٤	٠.٧	١٣.٧	١٣	٠.٨	١٩	٢٠	٠.٤	٦.٨٩	٢٧	٠.٦	١٣	٣٤	٠.٧	١٦

٧	٠.٥	٨.٣٤	١٤	٠.٦	١١	٢١	٠.٥	٨.٣	٢٨	٠.٧	١٥	٣٥	٠.٨	٢٦	٤٢	٠.٧	١٧.٥
١	٠.٥	٨.٣٤	١٤	٠.٦	١١	٢١	٠.٥	٨.٣	٢٨	٠.٧	١٥	٣٥	٠.٨	٢٦	٤٢	٠.٧	١٧.٥

صدق مقياس الرفاهية النفسية يعدّ الاصدق Validity أكثر أهمية من بين خصائص كما ذُكرَ ذلك سابقاً وتم استخراج مؤشرات صدق مقياس اللاتهذيب عن طريق استخراج:

- ✓ **الصدق الظاهري Face Validity:** فقد تمّ عرض فقرات مقياس الرفاهية النفسية مع بدائله والتعريف النظري لمجموعة من المختصين في مجال علم النفس المدونة اسمائهم في ملحق (٢) للحكم على صلاحية الفقرات كما في ملحق (٤).
- ✓ **الصدق البناء Construct Validity:** تمّ استخراج صدق البناء لمقياس الرفاهية النفسية باستخراج مصفوفة معاملات الارتباط بين مجالات الرفاهية النفسية عند المرضى والمرضات. جدول (٩) مصفوفة معاملات الارتباط بين درجات مقياس الرفاهية النفسية ومجالاته

المجالات	الرفاهية النفسية	الاستقلالية	التمكين البيئي	النمو الشخصي	العلاقات الإيجابية مع الآخرين	الحياة الهادفة	تقبّل الذات
الرفاهية النفسية	١	٠.٧١	٠.٧٣	٠.٧٣	٠.٦٨	٠.٨١	٠.٧١
الاستقلالية	٠.٧١	١	٠.٧٦	٠.٧٧	٠.١٤	٠.٣٩	٠.٣٦
التمكين البيئي	٠.٧٣	٠.٧٦	١	٠.٦٠	٠.٤٧	٠.٤٩	٠.٣٥
النمو الشخصي	٠.٧٣	٠.٧٧	٠.٦٠	١	٠.٣٩	٠.٥٦	٠.٣٧
العلاقات الإيجابية مع الآخرين	٠.٦٨	٠.١٤	٠.٤٧	٠.٣٩	١	٠.٧٢	٠.٥٥
الحياة الهادفة	٠.٨١	٠.٣٩	٠.٤٩	٠.٥٦	٠.٧٢	١	٠.٨٦
تقبّل الذات	٠.٧١	٠.٣٦	٠.٣٥	٠.٣٧	٠.٥٥	٠.٨٦	١

وبهذا تحقق صدق البناء في مقياس الرفاهية النفسية بعد تطابق النتائج في مصفوفة معاملات الارتباط بين مجالات المقياس الحالي مع النظرية.

ثبات مقياس الرفاهية النفسية: تمّ استخراج الثبات لمقياس الرفاهية النفسية بطريقة معامل ألفا كرونباخ للاستمارات ٢٠٠ وقد بلغ معامل ألفا ٠.٩٤ وهو ثبات جيد بعد مقارنته بالدراسات السابقة مثل دراسة العنزي ودراسة خوري ودراسة خرنوب.

الوسائل الإحصائية: لتحقيقاً لأهداف البحث الحالي، استعملت الباحثة الحقيبة الإحصائية SPSS متضمنة الوسائل الإحصائية التالية:

١. معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين متغيري البحث، واستخراج صدق البناء وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية وعلاقة درجة الفقرة بالمجال.
٢. الاختبار التائي لاختبار دلالة معامل ارتباط بيرسون.
٣. الاختبار التائي لعينة ومجتمع لقياس اللاتهذيب وقياس الرفاهية النفسية.
٤. معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات.
٥. تحليل الانحدار المتعدد.

الفصل الرابع النتائج:

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج وتفسيرها في ضوء الأهداف التي:

١- التعرف على اللاتهذيب لدى المرضى والمرضات:

لغرض تحقيق هذا الهدف قامت الباحثة باستخراج متوسط درجات أفراد العينة والبالغة (٢٠٠) ممرض وممرضة على مجالات مقياس اللاتهذيب، ويتمّ استخراج متوسط وانحراف لكل مجال من المجالات (Guidroz,et.al.,2010) فقد بلغ متوسط اللاتهذيب في مجال التفاعل مع الآخرين (٢٩) وبانحراف معياري قدره (٦.٠٩). أما عن اللاتهذيب في مجال المرضى والمرضات مع الآخرين بلغ متوسط درجاتهم في هذا المجال (٣٤) وبانحراف معياري قدره (٥.٠٠). أما مجال اللاتهذيب في تفاعل المرضى والمرضات مع مشرفيهم

بالعمل بلغ متوسط درجاتهم في هذا المجال (١٥) وبانحراف معياري قدره (٣). وعن مجال اللاتهذيب في تفاعل الممرضين مع الأطباء قد بلغ المتوسط (٢٢) وبانحراف معياري قدره (٥.٣). و مجال اللاتهذيب في تفاعل الممرضين مع ذويهم قد بلغ المتوسط (٣٠) وبانحراف معياري قدره (٧.٠٦). ومن خلال مقارنة المتوسطات (Guidriz,et.al.,2010) نجد أن اللاتهذيب الذي تعرّض له الممرضين والمرضات كان الأكثر في مجال التفاعل مع الممرضين الآخرين إذ بلغ المتوسط (٣٤)، أما المجال الثاني كان مجال تفاعل الممرضين مع المرضى وذويهم الذي بلغ المتوسط فيه (٣٠)، أما المجال الآخر الذي يأتي بعدها وهو مجال تفاعل الممرضين مع الآخرين (الأطباء، والعاملين، والممرضين، والإدارة) الذي بلغ المتوسط (٢٩) ثم مجال تفاعل الممرضين مع الأطباء الذي بلغ (٢٢) والمجال الأخير الذي يتعرض له الممرضين والمرضات الى اللاتهذيب هو في مجال تفاعلهم مع المشرفين الذي بلغ المتوسط فيه (١٥) والجدول (٩) يوضح ذلك. الجدول (٩) المتوسط والانحراف المعياري لمتغير اللاتهذيب في كل من مجالات المقياس

المجالات	تفاعل الممرضين مع الآخرين	تفاعل الممرضات مع الممرضين والمرضات	تفاعل الممرضين مع مشرفيهم	تفاعل الممرضين مع الأطباء	تفاعل المرضى وذويهم
المتوسط	٢٩	٣٤.١	١٥.٠١	٢٢.٢	٣٠
الانحراف المعياري	٦.٠٩	٥.٠٠٥	٣.٠٨٦	٥.٣٧	٧.٠٦
العدد	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠

جدول (١٠) يوضح المتوسط والانحراف المعياري والقيمة التائية لمقياس اللاتهذيب

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	التائية المستخرجة	التائية الجدولية	مستوى الدلالة
٢٦	٢٠.٦٠	٢٤	٤.٦٢	١.٩٦	٠.٠٥

أما عن اللاتهذيب لدى الممرضين والمرضات على كل المجال فقد استخرج الدرجة الكلية بجميع المتوسطات على المجالات الخمسة وتقسّمها على عددها لاستخراج الدرجة الكلية (Guidriz,et.al.,2010) وهنا يتم جمع المتوسطات المذكورة في جدول (٩) وبذلك يكون مجموع المتوسطات (١٣٠) وبعد تقسيمها على عددها يكون متوسط الإجابة (٢٦) ومقارنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي الذي بلغ (٢٤) الذي تمّ استخراجه بنفس الطريقة، وعلماً أن متوسط العينة، قد بلغ ١٣٠ وبانحراف ٠.٠١ معياري قدره ٢٠.٦٠ وبمقارنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي البالغ ١٢٠ باستخدام الاختبار بلغت القيمة التائية ٤.٦٢ وهي دالة إحصائية بمقارنتها بالجدولية البالغة ١.٩٦ عند مستوى ٠.٠٥ ودرجة ١٩٨ والجدول (١٠) يوضح ذلك. يتبين مما سبق أن الممرضين والمرضات في المستشفيات العراقية يواجهون اللاتهذيب في مجال تفاعلهم مع الآخرين و تفاعلهم مع المرضى وذويهم ومن تفاعلهم مع الآخرين (أطباء، عاملين) ومن تفاعلهم مع الأطباء ومن تفاعلهم مع مشرفيهم، ونفس ذلك وفق نظرية نيومان Neuman,1995 للضغوط الوظيفية، الذي فسّر علاقة الممرضين والمرضات بالضغوط النفسية بأن الضغط النفسي الذي يتعرض له الممرضين له مصدران هو الفرد والمنظمة وأن التفاعل بين هذين المصدرين في زمن محدد يؤدي الى ضغوط تترك آثارها على الفرد والمنظمة إذ إنّ الضغوط لها رد فعل ألا وهي المحفزات المنتجة للتوتر الذي يؤدي بدوره الى الاجهاد وأن الضغوط التي يتعرض لها الممرضين والمرضات عموماً وفي مجتمعنا خصوصاً تتضمن مستويات اللاتهذيب ورد الفعل اتجاه الذي يتبعه تشتت انتباه الممرضين في عملهم و سلامة المرضى. فهم يعانون في مجتمعنا من ضغط المنظمة والفرد إذ أنهم يعملون بإمكانات قليلة من جهة ومن جهة أخرى يتحملون ضغط المسؤولية في فشل العلاج أو موت المريض ويكون عرض للشتم والضرب والاعتداء سواء لفظياً أو جسدياً نتيجة عدم احترام القوانين والمعايير الاجتماعية والاخلاقية إضافة الى الملاحقة العشوائية أو القانونية والصدمات المستمرة مع المرضى وذويهم.

٢- التعرف على الرفاهية النفسية لدى الممرضين والمرضات:

لغرض تحقيق هذا الهدف قامت الباحثة باستخراج متوسط درجات أفراد عينة البحث والبالغ عددها (٢٠٠) مريض ومرضى على مقياس اللاتيهذيب، إذ بلغ المتوسط (١١٨) وبانحراف معياري قدره (١٣) وبمقارنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي البالغ (١٢٦) درجة نلاحظ أنه أصغر من المتوسط الفرضي وعند اختبار دلالة الفرق بين المتوسطين بتطبيق الاختبار التائي تبين أن هناك فرقاً لصالح المتوسط الفرضي إذ بلغت القيمة التائية (٥-) وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة ١.٩٦ عند مستوى دلالة ٠.٠٥ ودرجة حرية ١٩٩ وجدول (١٠) يوضح ذلك جدول (١٠) نتائج الاختبار التائي للفرق بين متوسطي عينة المرضى والمرضى

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	التائية المستخرجة	التائية الجدولية	مستوى الدلالة
١١٨	١٣	١٢٦	-٥	١.٩٦	٠.٠٥

يتبين من جدول (١٠) أن متوسط درجات المرضى والمرضى في مقياس الرفاهية أن أقل من المتوسط الفرضي أي أنهم لا يتسمون بالرفاهية النفسية، ووفقاً لنظرية Ryff&Singer, 2008، فإن الأفراد الذين لا يتسمون بالرفاهية النفسية لا يتمتعون بالاستقلالية ويتأثرون بالضغوط النفسية ويخضعون لأحكام الآخرين، وهم يجدون صعوبة في إدارة شؤونهم اليومية ويشعرون بعدم القدرة على تحسين البيئة والجمود في التعامل مع الأزمات وعدم قدرتهم على إقامة علاقات جيدة مع الآخرين وليس لديهم معنى للحياة ولا يمتلكون المهارة والقدرة على تحديد نظريتهم للحياة وأيضاً لديهم شعور بعدم الرضا عن الذات والشعور بخيبة الأمل والانزعاج المستمر من الأشخاص والاحساس بأنهم مختلفون عنهم وكل ذلك يعاني منه المريض والمرضى في المستشفيات لأنهم عرضة للضغوط النفسية المستمرة في مؤسساتهم وتجد ذلك كله يؤثر على حياتهم الخاصة وتحملهم كمسؤولين عن حياة المرضى.

٣- علاقة اللاتيهذيب بالرفاهية النفسية لدى المرضى والمرضى: لتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة باستخدام معامل الانحدار المتعدد (فهمي، ٢٠٠٥) لمعرفة مساهمة اللاتيهذيب ومجالاته (اللاتيهذيب في مجال تفاعل المرضى مع الآخرين، اللاتيهذيب في مجال تفاعل المرضى مع المرضى الآخرين، ومجال تفاعل المرضى مع المشرفين، ومجال تفاعل المرضى مع الأطباء، ومجال تفاعل المرضى مع المرضى وذويهم) ولأجل تقدير تأثيراتهم على الرفاهية النفسية، استخدمت الباحثة تحليل الانحدار المتعدد Multiple Regression Analysis، لمعرفة انحدار درجات الرفاهية على مجالات اللاتيهذيب كما موضح في جدول (١١). الجدول (١١) نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغيرات المستقلة	R	معامل التغير	F المحسوبة	F الجدولية	B	t
اللاتيهذيب في تفاعل المرضى مع المرضى وذويهم	٠.٩٨	٠.٩٦	١١٣٣.٠٠		١٦٥.٠٦	١٢٧
تفاعل المرضى مع الآخرين					٢.٧٥٨	٢٨.٨
تفاعل المرضى مع المشرفين					-١,٢٨٠	-٢٢.٩٧
تفاعل المرضى مع المرضى					-٢٥٤	-١,٣٠٧
تفاعل المرضى مع الأطباء					-٤٦١	-٤,٧١
					-٣,٤٦٩	-٢١,١٤

$$= 165.000 + 2.758X_1 - 3.469X_2 - 1.280X_3 - 0.461X_4$$

إذ بلغت قيمة الارتباط المتعدد بين الرفاهية النفسية ومجالات اللاتيهذيب ٠.٩٨، ولاختبار دلالاته المعنوية استخرجت القيمة الفائية المحسوبة وقد بلغت القيمة الجدولية (٣.١٤). وتشير نتائج تحليل الانحدار الى وجود ترابط ايجابي ومعنوي بين الرفاهية النفسية ومجالات اللاتيهذيب حيث بلغت قيمة B بين الرفاهية النفسية وتفاعل المرضى مع المرضى وذويهم (٢.٧٥)، وبين الرفاهية النفسية و تفاعل المرضى مع الآخرين (-١.٢٨)، وبين الرفاهية وتفاعل المرضى مع المشرفين (-٢٥٤)، ومع تفاعل المرضى مع المرضى الآخرين (-٤٦١) وتفاعل الرفاهية النفسية مع تفاعل المرضى مع الأطباء (-٣.٤٦٩) فيبين أن الرفاهية النفسية مع تفاعل المرضى وذويهم حيث بلغت قيمة B (٢.٧٥٨) عند مستوى ٠.٠٥ وهي دالة معنوياً، أي أن علاقة اللاتيهذيب في مجال تفاعل المرضى مع المرضى وذويهم فكما

يزداد اللاتهذيب تزداد الرفاهية النفسية، وهنا نفس ذلك وفق النظرية أن اللاتهذيب الذي يلقيه الممرضين من المرضى وذويهم فقد فسّر نيومان Neuman أن الممرضين معروضون لضغوط وظيفية يكون مصدرها الفرد والمؤسسة، وتعرضهم للضغوط يزيد من الحاجة عندهم الى التوافق والتكيف مع الأزمات أو الموقف الضاغط وأنّ الضغوط المتضمنة لمستويات اللاتهذيب الممرضين في مكان العمل وهناك ردود أفعال الممرضين في مواجهة هذه الضغوط (اللاتهذيب) ألا وهي الوقاية الأولية والثانوية والوقاية من الدرجة الثالثة، الأولية تكون خط الدفاع الطبيعي التي تخفف الضغط (اللاتهذيب)، والثانوية تكون خط الدفاع الداخلي أما الوقاية من الدرجة الثالثة هي تقليل من تأثيرات اللاتهذيب والاجهاد وإعادة الممرضين الى الرفاهية النفسية، فالممرضين يلجؤون الى هذه الوقاية في مواقف اللاتهذيب في مجال تفاعلهم مع المرضى وذويهم، كونهم لا يمثلون مركز سلطة عليهم، ويعتبرون اللاتهذيب هنا هي ردود أفعال انفعالية للحالة المرضية سواء كانت من المرضى أو ذويهم، وذلك راجع الى التكرار الروتيني الذي أسس عرفاً وظيفياً متفق عليه عدم الانجرار مع هكذا حالات انفعالية وتصعيد الموقف، لذلك يحافظون على رفايتهم النفسية قدر المستطاع. أما في مجال تفاعل الممرضين مع الأطباء فقد كانت القيمة التائية دالة وأيضاً في مجال تفاعل الممرضين مع الآخرين، وتفاعلهم مع الممرضين والمرضات الآخرين، أما مجال تفاعلهم مع المشرفين فهو غير دال معنوياً، ومن هذا نلاحظ أنّ علاقة اللاتهذيب مع الرفاهية النفسية في هذه المجالات أنها دالة لكنها عكسية، فارتقاء اللاتهذيب أدى الى انخفاض الرفاهية النفسية لديهم، ونفس ذلك وفق نموذج نيومان أن تعرض الممرضين الى الضغوط المهنية التي تمثل اللاتهذيب من أطباء أو عاملين أو ممرضين آخرين أو إداريين يمثل ضغط وظيفي يترك أثره على الممرضين، فإنّ رأي الطبيب المختص المعالج أو الزميل الممرض المختص أو العاملين هو مهم للمرضى ولهُ تأثير واضح على رفايتهم النفسية.

التوصيات:

في ضوء نتائج البحث توصي الباحثة المسؤولين في وزارة الصحة:

١. بتقليل الضغوط الوظيفية على شريحة الممرضين والمرضات من خلال توفير الامكانيات المادية التي تساهم في تأدية عملهم.
٢. تفعيل الحماية القانونية لشريحة الممرضين والمرضات التي تساهم في حمايتهم من الاعتداءات والتجاوزات اللفظية والبدنية.
٣. تعزيز الثقة بالنفس لديهم من خلال تعزيز المكانة الاجتماعية لمهنة التمريض في العراق.

المقترحات:

١. إجراء دراسة مماثلة على مستشفيات العراق في جانب الكرخ أو في المحافظات العراقية الأخرى.
٢. إجراء دراسة مماثلة على شرائح أخرى مثل الموظفين، والعمال.
٣. إجراء دراسة عن علاقة اللاتهذيب بمتغيرات أخرى الصحة الجسمية والنفسية للمرضى، التعاون، الانهاك، الانتاجية، التواصل، الالتزام التنظيمي.
٤. إجراء دراسة عن الرفاهية النفسية وعلاقتها بمتغيرات أخرى ، الضغوط النفسية، التفاوض و التشاؤم.

References

- Abid Al Rehman , M. A (1998): Personality Theories , Cairo , Kabaa House
- Abu Hashim Alseid Muhamed (2010): Constructed Model of Relations between psychological wellbeing , Personality Big Five Factors , Self Estimation , and Social Support among University Students , College of Education Journal, Benha University, No (81) , PP.350-269.
- Acun – Kapikiran, N.(2011). Focus on positive and Negative information As the mediator of the relationship Between Empathy, Tendency Guilty and psychological well-being in university student, Educational sciences: Theory Practice, 11(3) 1141-1147.
- Afework , T.(2013). A comparative study of psychological well-being between orphan and Non-orphan children in Addis: The case of three selected schools in Yeka Sub-city. The school of psychology Addis Ababa University.
- Al Anzi , M.M.N.(2017): The Role of Entertaining Activities in Psychological Wellbeing among Secondary School Students in Arar City in Kingdom of Saudi Arabia, Journal of Rights and Humanistic Sciences , No.(10), PP. 186-204. From:-
- Al Ubaidi ,E.A.S. (2018): Organizational Politeness and its Relation in Reducing the Risks of Rudeness Behaviors in Work Place , Analytic Study of Secondary Schools in Al Musayib Municipality, Journal of College of Basic Education for Humanistic and Educational Sciences , Babylon University , No.(38), PP. 1429-1447.

- Al Zehrani, A. A. A. (2020): Psychological Wellbeing and its Relation to Self Management among Sample of Female Students with Disability in Abid Al Aziz King University , Abid Al Aziz King University Journal , Arts and Human Sciences , Vol.(28),No. (12) PP. 219-244.
- Alligood, M., & Tomet, A.(2010). Nursing Theorists and their work(7th ed.) Mary and Heights, Missouri: Mosby/Elsevier.
- Alligood, M.R.(2013). Nursing Theory-E-Book utilization, Elsevier Health sciences. Alligood, M.R., Marriner-Tomey, A.(2014). Nursing Theorists and their work. Utilization & application, Elsevier Health Sciences. St. Losby, pp.281-293. Alligood, M.R., Marriner-Tomey, A.(2014). Nursing Theorists and their work(7th ed.). Maryland , Heightsri Mosby/Elsevier, In Gillian , L.A.2015: Exploring Incivility among Registered Nurses in Hospital setting. <https://digital commons gardener-webb.ed-etd/221>. Andersson , L & Pearson, C.(1999). Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. Academy of management Review, 24(3) 452-471. In Gillian , L.A.2015: Exploring Incivility among Registered Nurses in Hospital setting. <https://digital commons gardener-webb.ed-etd/22/>. Augusto-Landa, J., Martos, M., & Lopez-Zafra(2011). Does Perceived Emotional Intelligence and Optimism predict of psychological well-being? Journal of Happiness studies, 12, 463-474. Bakker , A., Hakanen, J. Demerouti, E. and Xanthopoulou, D.,(2007). Job resources boost work engagement particularly when job demands are high, journal of Educational psychology, vol.(99), No.(2), pp.274-284. Belcher , J., 2002. Optimism psychological well-being and Quality of life in females with fibromyalgia syndrome, ph D. Dissertation, capella university. Bibi, Z., Karim, J., Din, S.,(2013). Workplace Incivility and counterproductive work Behavior: Moderating Role of Emotional Intelligence, Pakistan Journal of psychological Research vol.,28, No.2, pp.317-334. Bigony , L., Lipk, T., Lundberg, A., McGraw, C. Dagac, G., Rogers, A.,(2000), S.,(2009) Lateral Violence in the perioperative setting AORN Journal, 89(4), 686-700. Brackett, M., & Mayre, J.,(2003), convergent Discriminant and Incremental Validity of competing Measures of Emotional Intelligence Personality and Social psychology Bulletin, 29, 1147-1158. Burrus , Betancourt , A., Holtz, S., & Minsky. J.(2012). Emotional Intelligence Relates to Emotional, Applied psychology: Health and well-being, the International Association of Applied psychology, Black well publishing LTD. Calkin , S(2013 January 15) Nurses more stressed Than combat troops. Retrieved October 1,2014 from <http://www.nursing times.net>. Chang, E., Mayedu-Olivares, A., & Dzarilla, T.(1997). Optimism and Pessimism As partially Independent Constructs: Relationship to positive and Negative Affectivity and psychological well-being, personality and individual differences 23(3), 433-440. Cropanzano , R., Rupp, D., Mohler C. and schminke, M.(2001). Three roads to organizational justice, in research in personal Emerald Group, publishing Limited, pp.1-1113. Dimarino ,T. (2011). Eliminating lateral violence in the ambulatory setting: one center's strategies, NORN, 93(5),583-588. Dimarion , T.(2011). Eliminating lateral violence in the ambulatory setting: One center's strategies. AORN, 93(5), 583-588. Domino ,D., & Domino, M.L. (2006) Psychological testing: An introduction. Cambridge University Press. -Ebrahim Sally, Samira Shusha, Amir Ali, Dwedar, Mehmod Muhamed (2018): The Role of Withdrawal Behavior of Employee as Mediator Variable between Organizational Rudeness and Citizenship Behavior in Service institutions in Dumiat , College of trade journal for scientific researches , College of Trade , Al Escandariah University , No (20), Vol(55). Extremera, N., Ruiz-Aranda, D., Pinedacalan, C., & Salguero, J.(2011). Emotional Intelligence and Its Relation with Hedonic and Eudaimonic well-being: A prospective study personality and individual Differences, 51-11-16. -Fehmi ,D.M.S.B.(2005): Statistics Without Suffering , Concepts with Applications by Using SPSS second part, Research Center – General Management , Kingdom of Saudi Arabia. Gillian , L.A.2015: Exploring Incivility among Registered Nurses in Hospital setting. <https://digital commons gardener-webb.edu-etd/221>. Grandey , A., Tam., A., and Bran burger, A., (2002) Affective states and traits in the workplace: Diary and Survey data from young workers motivation and Emotion vol.(26), No.(1), pp.31-55. Guidroz , A., Burnfield-Geimer, J., Clark, O., Schwetschenau, H., Jex, S.(2010). The nursing incivility scale: Development and validation of an occupation-specific, measurement, Journal of Nursing measurement. 18(3), pp.176-200. -Haddi , E.R. (2019): Emotional Creativity and its Relation to Psychological Wellbeing among Teachers of College of Basic Education, Studies of Social and Humanistic Sciences, No (46), PP. 593-610. Hakanen , J., Bakker, A., and Schaufeli, W.(2006). Burnout and Work engagement among teachers Journal of school psychology, vol.(43), No.(6), pp.495-513. Han , S., Bonn, M., and Cho, M.,(2016). The relationship frontline service employee burnout and turnover intention, international Journal of Hospitality management , vol.(52), pp.97-106. -Hassanein et al (2014): Wellbeing ,Optimism, and Happiness.

- Hidalgo , J. L. T., Bravo, B. N., Martinez, I. P. Pretel F.A., Postigo, d.M.L.&Rabadan. FE.(2010). Psychological well-being assessment, tools, and related factors. Ingrid ,E. well(Ed). Psychological well-being(77-105). Diunduhdari. Hondoyo , S., Samrifah D., Suhariadi, F(2018). The measurement of workplace incivility in Indonesia: evidence and construct validity, published 28 May, vol 11, p.217-226/<https://doi.org/10.2147/PRBM.S16350g>. Hredi, A.M. (2011): Personality Theories , Second Edition , Cairo, Etrac for print, publish and distribution. From :-Khuri , N. : Psychological Wellbeing among Retirees with High Blood Pressure and with High and Low Feeling of Loneliness, PhD, Muhamed Al Mendbageen University, Social and Humanistic College , Psychology Department , Algeria. Joint Comission(2008). Behaviors that undermine a culture of safety, sentinel event alert, 40(2008), p.1-3.
- Khernoob,D. F. (2016): Psychological Wellbeing and its Relation to Emotional Intelligence and Optimism, Arab University Union of Education and Psychology, Damascus, Vol. (1) , PP.242-217.
- Khuri , N. : Psychological Wellbeing among Retirees with High Blood Pressure and with High and Low Feeling of Loneliness, PhD dissertation , Muhamed Al Mendbageen University, Social and Humanistic College , Psychology Department , Algeria.
- Khuri , N. : Psychological Wellbeing among Retirees with High Blood Pressure and with High and Low Feeling of Loneliness, PhD dissertation , Muhamed Al Mendbageen University, Social and Humanistic College , Psychology Department , Algeria.
- Krehbiel , P,m and Cropanzano, R.,(2000). Procedural Justice outcome favorability and emotion, social justice research, vol.(13), No.(4), pp.339-360
- Lair , P.(2013). Lateral Violen in nursing Journal of Emergency Nursing, 39(5),e75 e78.
- Laschinger , H., Wong, G., Cummings G., &Grau, A.,(2014). Resonant Leadership and workplace empowerment: The value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. Nursing Economics, 32(1), pp.5-15.
- Leiter , M. P., Lasching, H. K. S., Day&Oore, D. G.(2011). The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. Journal of Applied psychology, g6(6), pp. 1258-1274.
- Lim, F.,& Bernstein, I(2014). Civility and workplace bullying: Resonance of knighting ales persona and current best practices. Nursing forum, 49(2), 124-129.
- Lim, S., Cortina, L., and Magley, V.,(2008). Personal and workgroup incivility impact on work and health outcomes. Journal of Applied psychology. Vol.(39), No.(1), pp. 95-107.
- Longo , J.(2013). Combating disruptive behaviors to promote a healthy work environment. Ojin the online Journal of Issues in Nursing(15),(1), Manuscript 5 doi: 10, 3912/Ojin,vol15, No 01, man 05.
- Luparell , S.(2011). Incivility in nursing, the connection between a cademia and clinical setting critical care Nurse, 31(2), 92-95. In Gillian , L.A.2015: Exploring Incivility among Registered Nurses in Hospital setting. <https://digital commons gardener-webb.ed-etd/22/>.
- Machado, T, Desrumaux, P., 8 van Droognebroeck, A.(2016) Indicateursorganisationnels et individuels du bien-etre etude exploratoireaupresd'aides-soignants et d'infirmiers Bulletin de psychologie(1) 19-34.
- Machado, T., Desrumaux, P.,& Van Droogenbroeck, A.(2016). IndicateursOrganisationnels et individuels du bien-etre. Etude exploratoireaupresd'aides-soignants et d'infirmiers. Bulletin de psychologie, (1), 19-34.
- Mark , A., B., cho, M., Han., S., Lee., K. H.,(2015) workplace Inivility and its effect upon restaurant frontline service employ emotions and service performance. International Journal of contemporary Management vol. 28, No.12.
- Martine , Rr, D.,(2005). Development and validation of the uncivil workplace behavior questionnaire, International Journal of Occupational Health psychological vol.(10), No.(4), pp.477-490.
- Milhem, S.M. (2002): Measurement and Evaluation in Education and Psychology, Amman , Al mesirah House for print and publish. -Muameriah, B. (2012): Positive Psychology , New Orientation for Studying Forces and Human Virtues, Algeria , Al kheldunia House. Nunnally, J.C. 1072. Educational measurement and evaluation, McGrow-Hill Book, co. New York. Pocker , C.(2012). Responsibility of Frontline manager regarding staff bullying, the online Journal of Issues in Nursing 18(2), doi:10. 3912/Ojin, V17, N3, p.to2. Reio , T., and Ghosh, J.,(2009). Antecedents and Outcomes of woekplace Incivility: Implications for Human Resource Development Research and practice , Human Resource Development Envelopment Quarterly. Vol.(20), No.(3), pp.237-264. Rezaei , D. E., Jafare, E., Sadeghpour A., Maddahi, M., E., Mir, S. Hossein Khanzableh A.A &Mohammadi Arya, A. R.(2013). psychological well-

being and Quality of sleep in Addicts under Methadone Maintenance Treatment, practice in clinical psychology 1(2), pp.71-75. Rocker , C. 2012, Responsibility of a frontline manager staff bullying, the online Journal of Issues in Nursing 18(2), doi: 10.3912/ojn/voll>No 003,ppTo2. Rosenstein , A. & @Daniel, M.(2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: Management, 36(1), pp.18-29. Rosenstein, A(2011), Managing disruptive behaviors in the health care setting: Focus on obstetrics Services. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 204(3),187-192. Rosenstock, I.M.,1974. Historical origins of the health belief model, Health education monographs, 2(4) 328-335. Ruff , C.D.(1982). Successful again. A developmental approach, the Gerontologist, 22(2), pp.209-214. Ryff , C., Magee, W., Kling & Wing(1999), Forging Macro Micro Linkages in the study of psychological well-being. In C. Ryff& V. Marshall(Eds) the self and society in Aging processes, (pp.247-278), New York: Springer publishing company. Ryff , C.,& Keyes C.(1995). The structure of psychological well-being Revisited, Journal of personality and social psychology, 69,(4), pp.719-727. Ryff, C. Keyes, C. Shmotkin, D(2002), Optimizing well-being: The Empirical Encounter of Two Traditions, Journal of personality and social psychology, 82(6), 1007-1022. Ryff, C.D. and Singer, B.,(1998). The contours of positive human health- psychological inquiry, 9(1), pp.1-28. Ryff, C.D.(1998). Happiness in everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology 57(6), pp.1069-1081. Ryff, C.D.(2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of Eudaimonia: Psychotherapy and psychosomatics. 83(1), 10-28. Shahidi , M.(2013). Loneliness as predictor of mental health components. A thesis 2 submitted to the Department of child and Youth study, in partial fulfillment of the requirement for the degree of master of Arts(child and youth study) Mount Saint Vincent University. Shim, J.,(2010). The Relationship Between Workplace Incivility and the Intention to share Knowledge: The Moderating Effects of collaborative and personality Traits. A dissertation Submitted to the faculty of the Graduate School, of the University of Minnesota. -Shind, S. M. ; Sellomah, H.S. ; Heba, H.A. (2013): Psychological Wellbeing Scale for University Youths , Psychological Counselling Journal , Egypt(63), PP.673-694. Smidt , O., Beer. L., Brink, L., Leiter, M.,(2016). The Validation of a workplace incivility scale within the South African banking industry. SA Journal of Industrial psychology, SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde, 42(1), a1316, <http://adx.doi.org/10.4102/sajip.v42.1.1316>. Smith, L., Andrusyszys, M.A.,&Laschinger, H.(2010). commitment. Journal of Nursing Management, 18(8), pp.1004-1015. Sulea, C., Filipescu, R., Horga, A., Ortant, C., and fischmann, G.,(2012). Interpersonal mistreatment at work and burnout among teachers cognition, Brain Behavior, An Interdisciplinary Journal vol.(XVI), No.(4), pp.553-570. Suresh , A., Jayachaner, M., & Joshi, S,(2013) psychological determinants of well-being among Adolescents, Asia pacific journal of research 1(XI) 120-134. Suresh ,A., and Jaya Chander, M., & Joshi, S(2013). Psychological Determinants of well-being among Adolescents. Asia Pacific Journal of Research, 1(XI), 120-134. Taylor , S., Bedeian , A., Cole, M., and Zhang, Z.,(2014). Developing and testing a dynamic model of workplace incivility change Journal of management, vol(43), No.(3), pp.615-670. Turner , SB., Kaylor SD.(2005). Neuman systems Model as a conceptual frame work for nurse Resilience nurse Sci Q. the transformation of hostile to healthy workplace environments. Journal of professional Nursing, 25(5). Voglaepohl , D., Rice, S., Edward, M., E.,& Bork. C(2013). New Graduate nurses, perception of the workplace: Have they experienced bullying?(6), pp.414-422. Weiss , H. and Beal, D., (2005), Reflections on affective events theory. In the affect in organizational setting, Emerald Group publishing Limited, pp.1-21. Well, I., E.(2014). Psychological well-being. New York United States: Nova Science Publishers Incorporated. Williams , S., and Shiao ,W.,(1999). Mood and Organizational citizenship behavior the effects of positive affect on employee organizational citizenship behavior intentions. The Journal of psychology. Vol.(133), No.(6), pp.656-668.

*كون عملهم يتعدى الزّي الذي يرتدونه أو مكان العمل الذي هم فيه بل هم جزء من المنظومة الاجتماعية وارتباطات عاطفية وأسرية ومشاعر إنسانية قد تكون حاسمة في المعاملة الطبية.

هوامش البحث